

**Section** (laisser libre)**No membre** (laisser libre)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No membre association // No membre caisse AVS**DÉCLARATION D'ADHÉSION pour sociétés de capitaux**

(SA, Sàrl., coopératives)

et

**fiche de données en vue de clarifier l'obligation de décompter et de cotiser à l'AVS/AI/APG/AC/CP****Nom de l'entreprise** (selon inscription au registre du commerce\*)

Statut juridique

Rue

NPA/Lieu

Téléphone

Téléfax

E-Mail

Adresse tierce (p.ex. fiduciaire )

**\*) Joindre une copie de l'extrait du RC (obligatoire !)**

<b>Genre d'entreprise</b>	Salon p. dames	Salon p. hommes	mixte
<b>Nombre de places</b>	_____		
<b>Numéro TVA ou numéro IDE</b>	_____		
<b>Avez-vous ouvert une nouvelle entreprise?</b>	oui	non	
<b>Avez-vous repris une entreprise existante?</b>	oui	non	
<b>→ Si oui, de qui?</b>	_____		
<b>Date d'ouverture ou de reprise</b>	_____		

**Il est obligatoire de joindre une copie du contrat de location à la déclaration d'adhésion.**

**Employez-vous des salarié(e)s?**

oui

non

Si oui, combien?

Nombre

Nombre

Coiffeuses/coiffeurs diplômé(e)s		Employé(e)s à temps partiel	
Apprenti(e)s			
Autres (stagiaires, réceptionnistes, etc...)		<b>Total (sans propriétaire)</b>	

(Joindre copies des certificats d'assurance AVS, resp. inscrire les salarié(e)s).

**Exploitez-vous des succursales outre l'entreprise principale ?**

oui

non

Si oui, nombre et adresse(s) de la/des succursale(s) \_\_\_\_\_

Adresse	Date de la reprise	Nombre de salarié(e)s	Estimation de la masse salariale annuelle

**En cas d'occupation de salarié(e)s en-dehors du siège principal, veuillez compléter la masse des salaires probable (brute) par année et par succursale à la question sur les succursales, mentionnée ci-dessus.**

**Souhaitez-vous que le décompte de la succursale se soit inclus dans celui du siège principale?**

oui

non

**Déclaration:**

Le/la soussigné(e) confirme que le formulaire est dûment rempli, conformément à la vérité, et qu'il/elle s'engage, après admission définitive auprès de **coiffureSUISSE**, à se conformer à toutes les prescriptions et décisions de l'association centrale et de la section.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Cachet de l'entreprise et signature

**A remplir par la section:**

Cachet de la section

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
2 signatures

**Annexes: contrat de location valable, extrait du RC, copies de tous les certificats d'assurance AVS, évt. convention d'affiliation à la caisse de pensions**

## Questions importantes pour l'AVS:

<b>Adresse pour la correspondance:</b>	Entreprise	Adresse tierce	
<b>Qui est responsable pour les questions d'AVS dans votre entreprise?</b>	_____		
<b>Langue de correspondance :</b>	allemand	français	italien

**A combien évaluez-vous la masse des salaires (bruts) à verser par année aux salarié(e)s:**

Fr. \_\_\_\_\_

**Désirez-vous payer les cotisations AVS par mois ou par trimestre?**

(Lorsque la masse des salaires est supérieure à Fr. 200'000.-- par an, les cotisations sont facturées mensuellement de par la loi).

par mois                      par trimestre

**Avez-vous déjà inscrit cette entreprise auprès d'une autre caisse de compensation AVS?**

oui                      non

→ Si oui, nom de la caisse de compensation AVS : \_\_\_\_\_

L'adhésion à **coiffureSUISSE** entraîne automatiquement l'affiliation à la caisse de compensation de l'association Coiffure & Esthétique. Un changement de caisse sera entrepris le plus tôt possible.

**Accès à PartnerWeb souhaité?**

oui                      non

Ce service gratuit vous permet de régler diverses tâches rapidement et simplement par internet (inscription de collaborateurs/-trices, commande de certificats AVS, déclarations annuelles des salaires, etc). Vous trouverez les détails sous [www.ahvpkcoiffure.ch](http://www.ahvpkcoiffure.ch).

<b>Coordonnées bancaires ou postales :</b>	
<b>Compte bancaire</b>	
Nom banque	_____
NPA/Lieu	_____
Titulaire	_____
No compte	_____
No IBAN	_____
No clearing	_____
<b>Compte postal</b>	
No compte	_____
Titulaire	_____
<b>Système de recouvrement direct:</b> (seulement pour les cotisations AVS)	oui                      non

**Caisse d'allocations familiales (CAF)**

Auprès de quelle caisse d'allocations familiales avez-vous décompté les cotisations CAF en dernier? \_\_\_\_\_

→ Nombre de salarié(e)s ayant droit aux allocations p. enfants-/ de formation : \_\_\_\_\_

**Prévoyance professionnelle (LPP)**

**Désirez-vous, pour vous ou pour vos employé(e)s, une affiliation à la propre caisse de pensions de l'association Coiffure & Esthétique ?**

Oui, prière de me faire parvenir une offre sans engagement

Non, mes collaborateurs/trices sont déjà assuré(e)s à la LPP

Nom de la caisse de pensions: \_\_\_\_\_

No de police: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Il est obligatoire de joindre la convention d'affiliation.**

**Assurance-accident obligatoire (LAA):**

Nom de l'assurance-accident: \_\_\_\_\_

No de police: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Remarques:**

---

---

---

---

---

---