

Sektion (leer lassen) _____**Mitglied-Nr.** (leer lassen) __________
Mitgl.-Nr. Verband // Mitgl.-Nr. AHV-Kasse**BEITRITTSERKLÄRUNG für Einzelfirmen
und
Erfassungsbogen zwecks Abklärung der Abrechnungs- und Beitragspflicht in der
AHV/IV/EO/ALV/PK****Name, Vorname des Geschäftsinhabers:** _____

Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____

AHV-Nummer des Geschäftsinhabers: _____

Name, Vorname und AHV-Nummer des/der _____

Ehegatten/in: _____

Geschäftsadresse:**Name des Geschäfts** (Firmenbezeichnung) _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Privatadresse:

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

Drittadresse: _____

z.B. Treuhand _____

Art des Geschäfts

Damensalon

Herrensalon

gemischt

Anzahl Bedienungsplätze _____**Mwst-Nr. oder UID-Nr.** _____**Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?**

ja

nein

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen?

ja

nein

→ Wenn ja, von wem? _____**Datum der Geschäftseröffnung bzw. -übernahme** _____**Der Beitrittserklärung muss eine Kopie des Mietvertrages beigelegt werden!**

Beschäftigen Sie Arbeitnehmer?

ja

nein

Wenn ja, wie viele?

Anzahl

Anzahl

Mitarbeitende/r Ehefrau/Ehemann		Gelernte Coiffeusen/Coiffeure (Vollzeit)	
Lernende		Teilzeitbeschäftigte	
Andere (Praktikanten, Réceptionisten usw.)		Total (ohne Betriebsinhaber)	

(Kopien der AHV-Versicherungsausweise beilegen bzw. Arbeitnehmer/innen anmelden).

Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen?

ja

nein

Wenn ja, Anzahl und Adresse/n der Filiale(n)

Adresse	Datum Übernahme	Anz. Arbeitnehmer	Geschätzte Jahreslohnsumme

Bei Beschäftigung von Arbeitnehmer/innen ausserhalb des Hauptsitzes ergänzen Sie bitte die voraussichtliche Lohnsumme (brutto) pro Jahr und Filiale.**Möchten Sie die Filiale/n über das Hauptgeschäft abrechnen?**

ja

nein

Ist Ihre Firma im Handelsregister eingetragen?

ja

nein

→ Wenn ja, bitte HR-Auszug beilegen (obligatorisch).**Erklärung:**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt ist und verpflichtet sich, nach definitiver Aufnahme bei **coiffureSUISSE**, allen Vorschriften und Beschlüssen des Zentralverbandes und der Sektion nachzuleben.

Ort und Datum_____
Firmenstempel und Unterschrift**Durch die Sektion auszufüllen:**

Stempel der Sektion

Ort und Datum_____
2 Unterschriften**Beilagen: gültiger Mietvertrag, Kopien aller AHV-Versicherungsausweise, ev. PK-Anschlussvereinbarung, Handelsregisterauszug**

AHV-relevante Fragen :

Zustelladresse für Korrespondenz:	Geschäftsadresse	Privatadresse	Drittadresse
Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Belange der AHV?	_____		
Sprache der Korrespondenz:	Deutsch	Französisch	Italienisch

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende Lohn-Summe (brutto) der Arbeitnehmer pro Jahr? Fr. _____

Wie hoch schätzen Sie die Bruttoeinnahmen (Umsatz) in Fr. durchschnittlich pro Monat? Fr. _____

Wie hoch schätzen Sie Ihren voraussichtlichen Reingewinn im ersten Geschäftsjahr? Fr. _____

Wünschen Sie die AHV-Beiträge monatlich oder quartalsweise einzuzahlen?
(Bei Lohnsummen über Fr. 200'000.-- pro Jahr werden die Beiträge von Gesetzes wegen monatlich in Rechnung gestellt).

monatlich quartalsweise

Haben Sie diesen Betrieb bereits bei einer anderen AHV-Ausgleichskasse angemeldet? ja nein

➔ **Wenn ja, Name der AHV-Ausgleichskasse:** _____

Der Beitritt zu **coiffureSUISSE** hat automatisch den Anschluss an die Verbandsausgleichskasse Coiffure & Esthétique zur Folge. Ein Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.

Bei welcher Kasse haben Sie zuletzt AHV/IV/ALV-Beiträge abgerechnet?

Ausgleichskasse: _____
als Selbständigerwerbende/r als Arbeitnehmer/in als Nichterwerbstätige/r

PartnerWeb-Zutritt erwünscht? ja nein

Dieser kostenlose Service ermöglicht es Ihnen, verschiedene Aufgaben via Internet schnell und einfach zu erledigen (Mitarbeitende anmelden, AHV-Ausweise bestellen, jährliche Lohnmeldungen usw). Details s. www.ahvpkcoiffure.ch

Zahlungsverbindung:	
Bankkonto	
Name der Bank	_____
PLZ/Ort	_____
Konto-Nr.	_____ Kto.-Inhaber _____
Clearing-Nr.	_____ IBAN-Nr. _____
Postkonto	
Postkonto-Nr.	_____ Konto-Inhaber _____
Lastschriftenverfahren: (nur für AHV-Beitragsinkasso)	ja nein

Familienausgleichskasse (FAK)

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet? _____

→ Anzahl Arbeitnehmer/innen mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen: _____

Berufliche Vorsorge (BV)

Wünschen Sie für sich und/oder Ihre Angestellten einen Anschluss bei der verbandseigenen Pensionskasse Coiffure & Esthétique?

Ja, ich bitte um eine unverbindliche Offerte

Nein, die Mitarbeiter/innen sind bereits BV-versichert

Name der Pensionskasse: _____

Policen-Nr.: _____

Adresse: _____

Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!

Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Name der Unfallversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Adresse _____

Bemerkungen:

