

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Vertrags-Nr.:

Abrechnungs-Nr.:

Name / Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nummer	AHV-Lohnsumme	Anstellungsdauer (z. B. 13.06. – 15.09.)

 Wir haben im Beitragsjahr _____ keine Angestellten beschäftigt. (Bitte Kopie der AHV-Lohndeclaration trotzdem beilegen!)**Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen und zusammen mit einer Kopie der AHV-Lohndeclaration der SVA einzureichen!**

Die Richtigkeit der Angaben bezeugt der Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

.....