

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

.....