

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 !)

Genre d'entreprise

Salon p. dames

Salon p. hommes

mixte

Nombre de places _____**Numéro TVA ou numéro IDE** _____**Avez-vous ouvert une nouvelle entreprise?**

oui

non

→ Date d'ouverture: _____**Avez-vous repris une entreprise existante?**

oui

non

→ Si oui, de qui? _____**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...)		Total (sans propriétaire)	

(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.

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:

Adresse pour la correspondance:	Entreprise	Adresse tierce	
Qui est responsable pour les questions d'AVS dans votre entreprise?	_____		
Langue de correspondance :	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.

Coordonnées bancaires ou postales :		
Compte bancaire		
Nom banque	_____	
NPA/Lieu	_____	
Titulaire	_____	
No IBAN	_____	
No compte	_____	
No clearing	_____	
Compte postal		
No compte	_____	
Titulaire	_____	
Système de recouvrement direct: (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:
