

Anmeldung für Arbeitgeber

AG: _____

A Allgemeine Angaben

1. Name bzw. Firma: _____ Tel. _____

2. Art des Betriebes (Branche): _____ Postcheckkonto: _____

3. Ort des Betriebes und Adresse: _____

4. Vertreteradresse: _____ Tel. _____
(Vollmacht beilegen)

5. An welche Adresse sollen Korrespondenzen zugestellt werden 3 oder 4

6. Datum der Eröffnung oder Übernahme des Betriebes: _____

7. Beitragspflicht als ? (zutreffendes ankreuzen)

d) <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft	i) <input type="checkbox"/> Genossenschaft	n) <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft (Statuten beilegen)
e) <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft	k) <input type="checkbox"/> Kommandit-AG	a) <input type="checkbox"/> Hausverwaltung
f) <input type="checkbox"/> Erbgemeinschaft	l) <input type="checkbox"/> Verein	a) <input type="checkbox"/> Hausdienst Arbeitgeber
g) <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft	m) <input type="checkbox"/> Stiftung	x) <input type="checkbox"/> Nur als Mitglied der Familienausgleichskasse
h) <input type="checkbox"/> GmbH		x) <input type="checkbox"/> _____

8. Bestand der Betrieb schon früher? Ja Nein Wenn ja, Nummer der Ausgleichskasse? _____
Wie lautete der Name des Betriebes? _____

9. Handelsregistereintrag? Ja Nein Wenn ja, Datum des Eintrages? _____
Auszug des Amtsblattes beilegen

10. Hat die Firma Zweigbetriebe? Ja Nein Wenn ja, wo? _____

11. Gehören Sie einem Berufsverband Ja Nein Wenn ja, welchem? _____
an, der eine Ausgleichskasse führt?

B Angaben über Teilhaber (Nur für Kollektivgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Erbgemeinschaft)

Name und Vorname der Teilhaber	Versicherten-Nr.	Name und Vorname der Teilhaber	Versicherten-Nr.
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Für jeden Teilhaber ist eine Anmeldung als Selbständigerwerbender erforderlich.

C Angaben über Löhne

1. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer? Ja Nein Wenn ja, Anzahl: _____ seit: _____

2. Monatliche Lohnsumme Fr. _____ -- x 12 Fr. _____

3. Monatlicher Anspruch auf Kinderzulagen? Fr. _____ -- x 12 Fr. _____

4. SUVA-Betrieb? Ja Nein Wenn ja, SUVA-Betriebsnummer: _____
Wenn nein, Name des Unfallversicherers: _____

D Unterschrift und Bemerkungen

Obenstehende Fragen sind vollständig und den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend beantwortet worden
Hiermit wird die Ausgleichskasse ermächtigt, Einsicht in die Original-Steuerakten zu nehmen.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____

Dieses Formular ist der AHV-Zweigstelle zu senden. Der Anmeldung sind die Versicherungsausweise der Arbeitnehmer beizulegen. Danke

Von der AHV-Zweigstelle auszufüllen

1. Haben Sie die vorliegenden Angaben soweit als möglich geprüft? _____
ja/nein

2. Sind die erforderlichen Beilagen vollständig? _____
ja/nein

Wenn nein, kurze Begründung:

3. Ort und Datum

Unterschrift / AHV-Zweigstelle

4. Bemerkungen