

Section (laisser libre) _____

No membre (laisser libre) _____ // _____

No membre association

No membre caisse AVS

DÉCLARATION D'ADHÉSION pour entreprises individuelles

et

fiche de données en vue de clarifier l'obligation de décompter et de cotiser à l'AVS/AI/APG/AC/CP

Nom, prénom du propriétaire de l'entreprise: _____

Etat civil: _____

Date de naissance: _____

Numéro AVS du propriétaire de l'entreprise: _____

Nom, prénom et numéro AVS du

conjoint: _____

Adresse de l'entreprise:

Nom de l'entreprise (Dénomination) _____

Rue _____

NPA/Lieu _____

Téléphone _____

Téléfax _____

E-Mail _____

Adresse privée:

Rue _____

NPA/Lieu _____

Téléphone _____

Téléfax _____

Adresse tierce: _____

p. ex. fiduciaire _____

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

Conjoint collaborant		Coiffeuses/coiffeurs diplômé(e)s	
Apprenti(e)s		Employé(e)s à temps partiel	
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 ici la masse des salaires probable (brute) par année et par succursale.

Votre entreprise est-elle inscrite au registre du commerce?

oui

non

→ Si oui, prière de joindre un extrait du RC (obligatoire).

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, copies de tous les certificats d'assurance AVS, évt. convention d'affiliation à la caisse de pensions, extrait du registre du commerce,

Questions importantes pour l'AVS:

Adresse pour la correspondance:	Adresse de l'entreprise	Adresse privée	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. _____

A combien évaluez-vous, en Fr., les recettes brutes (chiffre d'affaires) en moyenne par mois? Fr. _____

A combien évaluez-vous votre revenu probable durant le premier exercice? 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.

Auprès de quelle caisse avez-vous décompté les cotisations AVS/AI/APG/AC en dernier ?

Caisse de compensation: _____
en tant qu'indépendant/e en tant que salarié/e en tant que personne n'exerçant pas d'activité lucrative

Coordonnées bancaires ou postales :			
Compte bancaire			
Nom de la banque	_____		
NPA/Lieu	_____		
No compte	_____	Titulaire	_____
No Clearing	_____	No IBAN	_____
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, les 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:

