ausgleichskasse

burgstrasse 6 tel. 055 648 11 11 8750 glarus fax 055 648 11 99 info@svgl.ch www.svgl.ch

Fragebogen 1 zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO/ALV für Gesellschaften

☐ Einfache Gesellschaft ☐ Kollektivgesellschaft ☐ Kommanditgesellschaft ☐ Erbengemeinschaft	pro bisher nicht erfassten Teilhaber einen Fragebogen Nr. 2 für Teilhaber und Erben ausfüllen
Angaben zum Geschäftssi	tz
Name bzw. Firmenbezeichnung _	
Erwerbszweig (Branche) _	
Strasse _	
PLZ/Ort _	
Telefon-Nr	
Handelsregistereintrag vom _	UID C H E
Datum der Erwerbsaufnahme _	
Sind Sie einem Berufsverband an	geschlossen? □ ja □ nein
Wenn ja, bei welchem? _	
Bei welcher AHV-Kasse? _	
Wohin können wir Ihnen allfällige	Guthaben überweisen?
IBAN Rückzahlungskonto	
An wen sind die Rechnung, Verfügungen etc. zuzustellen?	
Teilhaber (Namen und Adressen pro bisher nicht erfassten Teilhaber einen Fr. 1	ragebogen Nr. 2 für Teilhaber und Erben ausfüllen
-	

Unterhalten Sie Filial- und Zweigbetriebe? (statt der Angabe kann ein separates Verzeichnis eingereicht werden) 1. Strasse _____ PLZ/Ort 3. Strasse _____ PLZ/Ort _____ Angaben zu Angestellten Wieviele Personen, die nicht Teilhaber sind, beschäftigen Sie? seit _____ monatliche Lohnsumme Bemerkungen, Erfassungsbestätigung und Unterschrift Bemerkungen: ____ Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt Ort und Datum Unterschrift Vollmachten Ich erteile bis auf Widerruf der nachstehenden Vertretung (Person, Anwalt, Treuhandbüro usw.) die Vollmacht, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge gegenüber den Sozialversicherungen Glarus, Ausgleichskasse, wahrzunehmen. Ich befreie die Sozialversicherungen Glarus von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der bevollmächtigten Vertretung ☐ in Beitragsfragen Auskunft zu erteilen ☐ Akteneinsicht zu gewähren ☐ Mitteilungen zuzustellen ☐ Verfügungen zuzustellen ☐ Rechnungen zuzustellen Name/Adresse der bevollmächtigten Vertretung:

Unterschrift

Die Vollmachten erteilt:

Datum