

Mitglied

Abrechnungs-Nummer

## Lohndeclaration

1 Versicherten-Nummer	2 Name/Vorname (in alphabetischer Reihenfolge)	Geburtsdatum	3 VG	4 Beitrags- dauer		5 Beitragspflichtige Lohnsumme	5 a)
		Geschlecht m/w		von	bis		
<b>Seitentotal</b>							

### Total Lohnsummen

Periode	6 AHV-pflichtig	7 FLG-pflichtig	8 FAK-pflichtig	9 a) ALV-pflichtig bis CHF 148'200	9 b) ALV-pflichtig über CHF 148'200

Wir sind einer registrierten BVG-Vorsorgeeinrichtung angeschlossen  Ja  Nein

Wenn Ja, Name der Vorsorgeeinrichtung:

Wenn Nein, Begründung:

**Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Lohndeclaration.**

Kontaktperson

Datum

Telefonnummer

E-Mail

Unterschrift \_\_\_\_\_