

Annonce des entrées
Pour les employés auprès de la caisse de compensation AVS
Données de l'employeur
Numéro de décompte :

 Nom : _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom : _____

Nom de l'établissement : _____

Rue, Numéro : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Entrée des employé(e)s

Numéro AVS	Nom/Prénom	Date de naissance	Nationalité	Date d'entrée	Existe CA* ?
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*certificat d'assurance

Lieu et date
Formulaire établi par (nom en caractères d'imprimerie)