

Adhésion de l'associé

Données personnelles de l'associé(e)

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :

Nationalité :

Date de naissance :

Numéro AVS :

7 5 6

Sexe :

Homme

Femme

Langue pour correspondance :

Allemand

Français

Italien

État civil actuel :

Célibataire

Marié(e)

Partenariat enregistré

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf/veuve

Dès :

Données personnelles du conjoint ou du partenaire enregistré

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :

Nationalité :

Date de naissance :

Numéro AVS :

7 5 6

Sexe :

Homme

Femme

Travaille également dans l'exploitation du conjoint ?

Oui

Non

Adresse privée (Domicile fiscal)

Complément :

Rue, Numéro :

NPA, Localité :

Téléphone :

E-Mail :

Adresse de paiement

Numéro IBAN :

.

Informations concernant l'activité indépendante

Indépendant depuis le : _____

Activité indépendante comme Activité principale Activité accessoire

En cas d'activité accessoire, exercez-vous votre activité principale en tant que : Employé(e) Indépendant

Si vous êtes employé(e), veuillez indiquer le nom de votre employeur : _____

Est-ce que vous décomptez déjà les cotisations auprès d'une caisse de compensation ? Oui Non

Si oui, veuillez s.v.p. nous indiquer le nom et le numéro de la caisse de compensation : _____

La caisse de compensation compétente détermine dans chaque cas, si une personne assurée peut être considérée, au sens de l'AVS, comme personne de condition indépendante.

Revenu provenant de l'activité indépendante et capital propre

Bénéfice net prévisionnel de l'année civile en cours : _____ CHF

Période (du – au) : _____

Veuillez joindre la déclaration de revenu correspondante s'il s'agit d'années écoulées. D'éventuels documents relatifs à la clôture des comptes doivent également être joints.

Capital investi dans l'exploitation : _____ CHF

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ? Oui Non

Si oui, en tant que : employé(e) indépendant(e)

dans quel pays : _____

LSV/Autorisation de débit direct

Êtes-vous intéressé à payer vos factures par le LSV ou l'autorisation de débit direct ? Oui Non

Remarques : _____

Confirmation

Les indications contenues dans ce questionnaire d'affiliation sont exactes :

Lieu et date

Timbre et signature authentique

Les demandes d'affiliation incomplètes entraînent des retards de traitement.

À signer et renvoyer à GastroSocial.