

Lohnblatt-Nr.

Jahr

Eintritt: _____ Austritt: _____

Zivilstand: _____ Nationalität: _____

Angestellt als: _____

Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wohnadresse: _____

Name Arbeitnehmer/in: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: Tag . Monat . Jahr

Original für die Ausgleichskasse

AHV-Nummer

Bitte nicht vergessen!

Bei welcher Krankenkasse ist der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin für Krankenpflege versichert?

Lohnperiode	Beitragspflichtige Lohnbestandteile					Abzüge											Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile			
	1	2	3	4		6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV/IV/EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen	Nettoausszahlung	
			a) Ferien	b) Feiertage	c) 13. Monatsl.								a)	b)						
Jan.																				
Feb.																				
März																				
Apr.																				
Mai																				
Juni																				
Juli																				
Aug.																				
Sep.																				
Okt.																				
Nov.																				
Dez.																				
Total																				

ISO 9001: 2008 / GoodPriv@cy

GastroSocial | 001

Bitte die Kolonnen adressieren



Lohnblatt-Nr.

Jahr

Eintritt: _____ Austritt: _____

Zivilstand: _____ Nationalität: _____

Angestellt als: _____

Vollbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wohnadresse: _____

Name Arbeitnehmer/in: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: Tag . Monat . Jahr

Kopie für die Arbeitgebenden

Bitte nicht vergessen!

Bei welcher Krankenkasse ist der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin für Krankenpflege versichert?

AHV-Nummer

Lohnperiode	Beitragspflichtige Lohnbestandteile					Abzüge										Nicht beitragspflichtige Lohnbestandteile				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18	19
Monat	Stunden	Fixer Monatslohn oder fixer Lohnanteil	Umsatzanteile	Entschädigungen		AHV-Bruttolohn	AHV/IV/EO	Arbeitslosenversicherung	Berufliche Vorsorge (2. Säule)	Unfallversicherung (NBU)	Krankentaggeldversicherung	Quellensteuer	Weitere Lohnabzüge		Verpflegung	Unterkunft	Total der Abzüge	Kinderzulagen		Nettoauszahlung
				a) Ferien b) Feiertage c) 13. Monatsl.									a)	b)						
Jan.																				
Feb.																				
März																				
Apr.																				
Mai																				
Juni																				
Juli																				
Aug.																				
Sep.																				
Okt.																				
Nov.																				
Dez.																				
Total																				

ISO 9001: 2008 / GoodPriv@cy

GastroSocial | 001

Bitte die Kolonnen adressieren



GASTROSOCIAL

Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in:

Der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der vorliegenden Abrechnung.

Datum und Unterschrift Arbeitgeber/in: