GASTROSOCIAL

Cessazione di esercizio/Cambiamento d'azienda delle persone fisiche

Indicazioni del datore di lavoro

Numero di conteggio:

Ragione sociale:

Nome dell'esercizio:

Via, Numero: NPA, Località:

Data di cessazione dell'attività/ultimo giorno di lavoro? giorno/mese/anno

Se occupa del personale, preghiamo volerci comunicare fino a quale data (aggiungere le dichiarazioni salariali) giorno/mese/anno

Restate membro della federazione? ☐ Sì ☐ No

Altri esercizi (nel caso in cui dovreste gestire un'ulteriore esercizio)

Ragione sociale: Nome dell'esercizio:

Indirizzo:

Telefono: E-Mail:

Quando avete aperto il nuovo esercizio? giorno/mese/anno

Sarà ripreso tutto il personale? ☐ Sì ☐ No ☐ In parte

Numero di dipendenti: Somma salario lordo mensile (incl. la quota del 13° stipendio):

Se si tratta di un esercizio stagionale, vi preghiamo di indicare il periodo:

Stagione estiva (dal – al): Stagione invernale (dal – al):

Dati del socio/della socia

Cognome, Nome:

Numero d'assicurato:

La mia attività d'indipendente continua. ☐ Sì ☐ No

Ho terminato la mia attività d'indipendente e ora sono ☐ salariato ☐ senza attività lucrativa

Indirizzo domicilio e numero di telefono:

Se conosciuto, futuro indirizzo e numero di telefono, valevole dal: giorno/mese/anno

Indirizzo di pagamento

Vogliate allegare una polizza di versamento o indicare l'indirizzo esatto e completo.

Numero IBAN:

Nome, Indirizzo del titolare del conto:

FOR | 0716-it | 0118 | ISO 9001: 2008 | GoodPriv@cy

GastroSocial
Buchserstrasse 1 | Postfach | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | gastrosocial.ch
Institution GastroSuisse

GASTROSOCIAL

Dati del socio/della socia

Cognome, Nome:

Numero d'assicurato:

La mia attività d'indipendente continua. ☐ Sì ☐ No

Ho terminato la mia attività d'indipendente e ora sono ☐ salariato ☐ senza attività lucrativa

Indirizzo domicilio e numero di telefono:

Se conosciuto, futuro indirizzo e numero di telefono, valevole dal: giorno/mese/anno ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Indirizzo di pagamento

Vogliate allegare una polizza di versamento o indicare l'indirizzo esatto e completo.

Numero IBAN:

Nome, Indirizzo del titolare del conto:

Dati del socio/della socia

Cognome, Nome:

Numero d'assicurato:

La mia attività d'indipendente continua. ☐ Sì ☐ No

Ho terminato la mia attività d'indipendente e ora sono ☐ salariato ☐ senza attività lucrativa

Indirizzo domicilio e numero di telefono:

Se conosciuto, futuro indirizzo e numero di telefono, valevole dal: giorno/mese/anno ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Indirizzo di pagamento

Vogliate allegare una polizza di versamento o indicare l'indirizzo esatto e completo.

Numero IBAN:

Nome, Indirizzo del titolare del conto:

Dati del possibile successore

Nome e indirizzo del successore:

Luogo e data **Timbro e firma**

Registrare Stampare

GastroSocial
Buchserstrasse 1 | Postfach | 5001 Aarau | T 062 837 71 71 | F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch | gastrosocial.ch

Institution GastroSuisse

FOR | 0716-it | 0118 | ISO 9001: 2008 | GoodPriv@cy