

Domanda d'affiliazione per le società

Per beneficiare dei nostri servizi, dovete essere o diventare membri della nostra associazione fondatrice, la Camera vodese del commercio e dell'industria (CVCI)

Desideriamo affiliarci a:

☐ Cassa di compensazione AVS/AI/IPG

dal > data d'affiliazione

☐ Cassa di assegni familiari

dal > data d'affiliazione

Ragione sociale > secondo l'iscrizione nel Registro di commercio

Numero IDI - . . > numero d'identificazione delle imprese disponibile su www.uid.admin.ch

Indirizzo della sede > domicilio legale

Via / n.

NPA / Località

Indirizzo di corrispondenza

Se presso terzi (c/o)

Via / n.

Casella postale

NPA / Località

Persona di contatto

☐ Signora ☐ Signor

Tel.

Fax

e-mail

Nome dell'istituto bancario della società

o
N. CCP della società

Numero del conto bancario

IBAN

La società impiega personale?

☐ sì ☐ no

Importo della massa salariale annua stimata in franchi

> compresi 13a mensilità, gratifiche, premi, ecc.

Data del pagamento
dei primi salari

La società ha una o più succursali?

☐ sì ☐ no

Indirizzo della succursale

Via / n.

NPA / Località

Data
d'apertura

Massa salariale
annua

Se avete altre succursali, vogliate comunicarci gli indirizzi e le altre informazioni in un documento allegato

Assicurazione infortuni (LAINF) e previdenza professionale (LPP) obbligatorie

Affiliazione a un istituto di previdenza professionale (LPP)

Allegare a questa domanda un attestato d'assicurazione LPP

☐ sì

Nome e indirizzo dell'assicuratore LPP

Via / n.

Casella postale

NPA / Località

☐ no

Perché?

Affiliazione a un'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)

Allegare a questa domanda un attestato d'assicurazione LAINF

☐ sì

Nome e indirizzo dell'assicuratore LAINF

Via / n.

Casella postale

NPA / Località

☐ no

Perché?

Luogo e data

Timbro e firma/e valida/e

Allegati:

☐ domanda d'adesione alla CVCI

☐ attestato d'assicurazione LPP

☐ attestato d'assicurazione LAINF

☐ notifica del personale