

## Fragebogen für juristische Personen zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO/ALV

- Gesellschaftsform**
- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft | <input type="checkbox"/> Genossenschaft                     | <input type="checkbox"/> Verein   |
| <input type="checkbox"/> GmbH               | <input type="checkbox"/> Korporation                        | <input type="checkbox"/> Stiftung |
|   | <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft |                                   |

Name bzw. Firmenbezeichnung \_\_\_\_\_

Branche \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handelsregistereintrag vom \_\_\_\_\_ UID 

C	H	E	-					.									
---	---	---	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sind Sie bereits einer AHV-Ausgleichskasse angeschlossen?  ja  nein

Wenn ja, bei welcher? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wohin können wir Ihnen allfällige Guthaben überweisen?

IBAN Rückzahlungskonto 

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An wen sind die Rechnung, Verfügungen etc. zuzustellen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wieviele Arbeitnehmer beschäftigen Sie? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Lohnsumme \_\_\_\_\_  pro Monat  pro Jahr

Werden Verwaltungsrats-Entschädigungen oder Tantiemen ausbezahlt?  ja  nein

**Bitte wenden**

**Unterhalten Sie Filial- und Zweigbetriebe?** (statt der Angabe kann ein separates Verzeichnis eingereicht werden)

1. Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_
2. Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_
3. Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt**

Ort und Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Vollmachten**

Ich erteile bis auf Widerruf der nachstehenden Vertretung (Person, Anwalt, Treuhandbüro usw.) die Vollmacht, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge gegenüber den Sozialversicherungen Glarus, Ausgleichskasse, wahrzunehmen. Ich befreie die Sozialversicherungen Glarus von der gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der bevollmächtigten Vertretung

- in Beitragsfragen Auskunft zu erteilen
- Akteneinsicht zu gewähren
- Mitteilungen zuzustellen
- Verfügungen zuzustellen
- Rechnungen zuzustellen

Name/Adresse der bevollmächtigten Vertretung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Vollmachten erteilt:

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_