

Mitarbeitende (in alphabetischer Reihenfolge)

1 Name		5 Versicherten-Nummer		10 Beitragspflichtige Lohnsumme CHF	11 Steuerpflichtiger Lohn CHF
2 Vorname		6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			
3 Strasse, Hausnummer		7 VG	8 m / w		
4 PLZ Ort	4a Kanton	9 Beitragsdauer von bis			
1		5 756.		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9			

Total Lohnsummen in CHF

Periode	12 AHV/IV/EO-pflichtig	13 FAK / FLG-pflichtig	14 ALV-pflichtig	15 Steuerpflichtig
01.–12.2020				

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Lohndeklaration (bitte ankreuzen). Die Hinweise zum massgebenden Lohn im Merkblatt 2.01 (www.ahv-iv.ch) haben wir berücksichtigt.

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin