LOHNLISTE 2024

Vertrag Nr. :
Firma :
Strasse :
PLZ/ Ort :

Telefon:
Mail:

Bitte, senden Sie diese Lohnliste zu Vorsorgestiftung der Walliser Landwirtschaft.
Postfach 416, Av de la Gare 2, 1964 Conthey / mail lpp@agrivalais.ch

NAME UND VORNAME Der Arbeitnehmer	Geschl. **M/W**	Zivil Stand	**AHV-NR** **obligatorisch**	**Geburtsdatum** **obligatorisch**	Beschäftigungs-dauer **Vom.... Bis.....**		**Brutto AHV-LOHN 2024** **ohne Taggeld**	Taggeld Unfall/Krankheit Den Ausbezahlten Betrag und die Krankheitsdauer angeben

Bemerkung: Wir bestätigen, dass die erwähnten Personen voll arbeitsfähig sind
und die obgenannten Angaben vollständig und richtig sind.
Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie auch eine andere Vorsorgestiftung haben.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Obligatorisch: Kopie von AHV-Deklaration beilegen. Bitte