

Ausgleichskasse
des Kantons Wallis
VA/IK-Gruppe
Postfach 287
1951 Sitten

ANMELDUNG EINES NEUEN MITARBEITERS

Angaben des Arbeitgebers:

Mitgliednummer (obligatorisch) :

Name des Arbeitgebers :

Adresse des Arbeitgebers :

E-Mail :

Telefon :

Wir melden den Stellenantritt eines(r) neuen Mitarbeiters(in):

Name	Vorname	Versichertennummer	Geburtsdatum	Arbeitsbeginn

Es ist möglich dieses Formular per E-Mail an cica@avc.vs.ch zu senden.

Ort und Datum

Unterschrift

N.B. : Wenn eine Person keine AHV-Nummer hat bitten wir Sie, diesem Anmeldeformular eine Kopie der ID-Karte oder vom Reisepass beizulegen. Im voraus besten Dank.