



Ausgleichskasse des
Kantons Wallis
Av. Pratifori 22
Postfach 287
1951 Sitten

ARBEITSBESCHEINIGUNG FÜR LANDWIRTSCHAFTLICHE ARBEITNEHMENDE

Name und Vorname : _____

AHV-Nummer : _____

Geburtsdatum (T, M, J) : _____

Strasse : _____

PLZ und Ort : _____

Die vorliegende Arbeitsbescheinigung ist nur von einem Arbeitgeber zu verwenden

Monat	Jahr		Brutto Lohn
		Arbeitskraft in Dauerstellung <input type="checkbox"/> oder Teilzeit <input type="checkbox"/>	
		vom _____ bis _____	
		Krank/Unfall <input type="checkbox"/> _____ Ferien <input type="checkbox"/>	
		vom _____ bis _____	
		Arbeitskraft in Dauerstellung <input type="checkbox"/> oder Teilzeit <input type="checkbox"/>	
		Krank/Unfall <input type="checkbox"/> _____ Ferien <input type="checkbox"/>	
		vom _____ bis _____	
		Arbeitskraft in Dauerstellung <input type="checkbox"/> oder Teilzeit <input type="checkbox"/>	
		Krank/Unfall <input type="checkbox"/> _____ Ferien <input type="checkbox"/>	
		Total Lohn	
Adresse des ARBEITGEBERS		Unterschrift des Arbeitgebers	

Mitglied-Nr.			