



Annonce pour personnes juridiques

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Société anonyme (SA) | <input type="checkbox"/> Société coopérative |
| <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée (Sàrl) | <input type="checkbox"/> Association / société |
| <input type="checkbox"/> Fondation | <input type="checkbox"/> Administration publique |

Société

Désignation de l'entreprise: _____
(selon inscription FOSS)

Adresse: _____ NPA / Lieu: _____

Siège de la société: _____ Téléphone: _____

Inscription au registre du commerce: oui non depuis quand: _____

Date de l'ouverture de l'exploitation dans le canton de Fribourg: _____

Branche / But de l'activité _____

Avez-vous des succursales? oui non depuis quand: _____

Où? (adresse exacte) _____

1) Adresse

Adresse d'expédition (si différente du siège de la société)

Adresse de remboursement

Nom: _____

CCP: _____

Rue/No.: _____

IBAN: _____

NPA/Lieu: _____

Banque: _____

Téléphone: _____

Lieu: _____

Fax: _____

Email: _____

Société en tant qu'employeur

La société occupe-t-elle du personnel? oui non Nombre: _____

La société verse-t-elle des honoraires à ses administrateurs? oui non

A combien estimez-vous le montant annuel
des salaires / honoraires des administrateurs versés? CHF _____

Institution de prévoyance LPP (2^{ème} pilier)

Êtes-vous affilié auprès d'une institution
de prévoyance reconnue LPP? oui non

Si oui, auprès de quelle institution de prévoyance? Veuillez joindre la copie du contrat LPP

Nom de l'institution de prévoyance: _____

Adresse, NPA et lieu: _____

Assurance accident (LAA)

Avez-vous assuré vos employés auprès d'une
société d'assurance contre les accidents? oui non

Si oui – auprès de quelle société d'assurance?

Nom de la société d'assurance: _____

Adresse, NPA et lieu: _____

Appartenance à une caisse

La société est-elle nouvellement fondée ou vient-elle d'un autre canton?

Adresse, NPA et lieu: _____

Si la société vient d'un autre canton, auprès de quelle caisse de compensation était-elle affiliée?

Si vous êtes déjà affilié auprès d'une caisse de compensation, veuillez nous remettre une attestation de votre caisse.

Lieu / Date:

Signature:
