



DEMANDE D’AFFILIATION

Veillez s.v.p. envoyer cette déclaration sans tarder

Données personnelles

Nom : _____ Prénom : _____
Rue : _____ N°: _____
NPA : _____ Localité : _____
Sexe : femme homme Etat civil : marié/e célibataire divorcé/e
 veuf/ve lié/e par un partenariat enregistré
Date de naissance : _____ N° AVS : _____

Données salariales

Date d’entrée en service : _____ Taux d’occupation : _____
Traitement annuel soumis AVS au taux d’occupation (y.c. 13^e salaire) : CHF _____
Divers : _____

Situation familiale

Conjoint/e / Partenaire enregistré/e :

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Date de mariage : _____
Date du partenariat enregistré : _____

Lieu et date :

Signature de l’employeur :
