

| |
|--|
| |
|--|

Attestation de salaires pour l'année 20....
Lohnbescheinigung für das Jahr 20....

Feuille N°
Blatt Nr.....

Les salaires soumis à cotisation en vertu des dispositions légales AVS/AI/APG s'élèvent, pour les assurés mentionnés ci-dessous, aux montants suivants :

Die gemäss Bundesgesetzgebung über die AHV/IV/EO beitragspflichtigen Löhne der nachstehenden Versicherten betragen :

| 1 | 2 | Durée d'occupation Beschäftigungsdauer | | Salaires bruts Bruttolöhne | | Franchise Freibetrag | | Salaires soumis à cotisation Beitragspflichtige Löhne | |
|---|---|---|------------------------------|-------------------------------|-----|-------------------------|-----|--|-----|
| | | 3 | 4 | 5 | | 6 | | 7 | |
| | | Mois Monat | Fin Ende Mois Monat | Fr. | Ct. | Fr. | Ct. | Fr. | Ct. |
| | | | | | | | | | |
| Total des salaires soumis à cotisation | | | | | | | | | |
| Total beitragspflichtige Löhne | | | | | | | | | |
| Cotisations AVS/AI/APG de 10,25 % | | | | | | | | | |
| 10,25 % AHV/IV/EO - Beitrag | | | | | | | | | |

Prière de ne pas reporter les totaux ci-dessus sur la feuille suivante, mais d'établir une récapitulation séparée des feuilles d'attestation. Uebertragen Sie diese Endsummen nicht auf das nächste Blatt. Begleiten Sie aber Ihre Bescheinigungen durch eine Zusammenfassung.

L'employeur soussigné atteste l'exactitude des indications données ci-dessus.
 Die Richtigkeit obiger Angaben bestätigt der Arbeitgeber.

Lieu et date
 Ort und Datum

Timbre et signature - Stempel und Unterschrift