

MELDEFORMULAR

Landschaftsgärtner:innen

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| Name | : | _____ | Firma Nr. | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Vorname | : | _____ | Firmenname | : | _____ |
| Adresse | : | _____ | Beruf des Arbeitnehmers | : | _____ |
| PLZ/Ort | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ | Eintrittsdatum ins Unternehmen | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Tel.-Nr. | : | _____ | Beschäftigungsgrad im Untern. | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| Nationalität | : | _____ | Vertragslaufzeit: | | <input type="checkbox"/> unbefristet |
| Zivilstand | : | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden | | | <input type="checkbox"/> befristet bis zum: _____ |
| Geburtsdatum | : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Grundlohn : pro Stunde | : | Fr. _____ |
| AHV-Nr. : | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | konstanter Lohn | : | Fr. _____ |
| Aufenthaltsbewilligung | : | _____ L/B/C/G/N/F | pro Monat | : | Fr. _____ |
| Anzahl Kinder bis 25 jährig (in Ausbildung) gegebenenfalls Antrag für Familienzulagen ausfüllen | : | <input type="text"/> <input type="text"/> | Berufscodes | | |
| Bank- oder Postkonto | | | <input type="checkbox"/> PT Patron / Unternehmensleiter / Teilhaber | | |
| Name der Bank und Ort | : | _____ | <input type="checkbox"/> PT Technisches Personal (Technisches Kader, Meister, Zeichner usw.) | | |
| IBAN: | : | _____ | <input type="checkbox"/> PA Verwaltungspersonal | | |
| | | | <input type="checkbox"/> PY Landschaftsgärtner | | |
| | | | <input type="checkbox"/> TQ Qualifizierter Arbeitnehmer | | |
| | | | <input type="checkbox"/> MA Hilfsarbeiter | | |
| | | | <input type="checkbox"/> AP Lernender | | |
| | | | <input type="checkbox"/> FM Reinigungsangestellte | | |
| | | | <input type="checkbox"/> ET Student (weniger als 2 Monate) / Praktikant | | |

Kollektivvertrag Krankentaggeldversicherung AMCAB

Nur von Unternehmen für die Taggeldversicherung auszufüllen, die dem Bureau des Métiers angeschlossen sind

Der Arbeitnehmer ist im Krankheitsfall entsprechend dem Beitrittsformular für den Erwerbsausfall versichert.

Für dem GAV nicht unterstelltes Personal ist der Abschluss einer Krankentaggeldversicherung nicht zwingend.

Wenn Ihr Mitarbeiter nicht für das Krankentaggeld versichert werden soll, kreuzen Sie bitte das nachstehende Kästchen an:

soll nicht versichert werden

Datum :

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers :