FICHE D'ANNONCE

Décoration d'intérieur

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA / Localité : ☐☐☐☐ _____

No de tél. : _____

Nationalité : _____

Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ séparé ☐ divorcé

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

No AVS : 7 5 6 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Permis de séjour : _____ L/B/C/G/N/F

Nombre d'enfants jusqu'à 25 ans révolus (en formation) : ☐☐
le cas échéant, remplir une demande d'allocations familiales

Compte bancaire ou postal

Nom et Localité : _____

N° IBAN : _____

No entreprise : ☐☐☐☐

Nom entreprise : _____

Profession du travailleur : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Taux d'activité dans l'entreprise : ☐☐☐ %

Durée du contrat : ☐ indéterminée
☐ déterminée jusqu'au : _____

Salaire de base : horaire : Fr. _____
constant : Fr. _____
mensuel : Fr. _____

Codes professionnels

☐ PT Patron / Chef d'entreprise / Associé
☐ PT Personnel technique (cadres techniques, maîtrisés, dessinateurs)
☐ PA Personnel administratif

☐ DI Décorateur d'intérieur
☐ CP Courtepointière
☐ SE Sellier
☐ PV Vendeur (se)
☐ MA Manœuvre
☐ AP Apprenti
☐ FM Femme de ménage
☐ ET Etudiant (moins de 2 mois) / Stagiaire

Contrat collectif assurance-maladie perte de gain AMCAB

A remplir uniquement pour les entreprises affiliées au Bureau des Métiers pour la perte de gain maladie

Le collaborateur est affilié pour la perte de gain en cas de maladie, selon le bulletin d'adhésion signé par l'entreprise.

Pour le personnel non soumis à la CCT, la couverture assurance-maladie perte de gain est facultative.
Si vous ne souhaitez pas assurer votre collaborateur pour la perte de gain maladie, veuillez cocher la case ci-dessous :

☐ Ne doit pas être assuré

Date : _____

Timbre et signature de l'employeur : _____