

4 Zustelladresse (falls abweichend von Punkt 2)

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse / Nr. _____
Postfach _____ PLZ / Ort _____
Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Hinweis:

Die aufgeführte Person oder Firma wird bevollmächtigt, den oder die Antragssteller/in gegenüber der Ausgleichskasse Schwyz rechtsverbindlich zu vertreten. Sämtliche Korrespondenz und Rückfragen werden an die aufgeführte Person oder Firma gerichtet. Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

5 Wie wünschen Sie die Auszahlung allfälliger Guthaben an Beiträgen?

Postcheckkonto _____
IBAN-Nr. CH

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bankadresse _____
Kontoinhaber _____

6 Angaben zur AHV/IV/EO/FAK-Beitragspflicht

Bei welcher Ausgleichskasse entrichten Sie Ihre AHV/IV/EO-/Beiträge? _____

Sind Sie bereits einer anderen Familienausgleichskasse angeschlossen, wo Sie Beiträge als Selbständigerwerbender entrichten? Wenn ja, wo? _____

Bemerkungen: _____

7 Angaben über das Erwerbseinkommen als Selbständigerwerbender

Die Ausgleichskasse setzt aufgrund Ihrer Angaben die Akontobeiträge fest. Bitte legen Sie uns eine Kopie Ihrer aktuellen Beitragsverfügung bei, damit wir Ihnen die entsprechenden Akonto-Beiträge der Familienausgleichskasse in Rechnung stellen können. Oder teilen Sie uns Ihr Erwerbseinkommen als Selbständigerwerbender mit:

Wie hoch schätzen Sie Ihr beitragspflichtiges Erwerbseinkommen des laufenden Jahres? Fr. _____

Sollte sich die Höhe des Reingewinnes wesentlich verändern, empfehlen wir Ihnen, uns jeweils eine Kopie der angepassten Verfügungen zukommen zu lassen.

8 Bemerkungen

9 Unterschrift

Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift Teilhaber/in