

LOHNNACHTRAG

AUSGLEICHSKASSE NIDWALDEN



Jahr _____

Firma _____

An
 Ausgleichskasse Nidwalden
 Stansstaderstrasse 88
 6371 Stans

Mitglied-Nr. _____

Versichertennummer (13-stellige AHV-Nummer)	Name und Vorname des Versicherten (bitte in alphabetischer Reihenfolge)	Geburtsdatum	Beitragsdauer		Beitragspflichtige Lohnsumme
			von	bis	
Seitentotal					

Periode	Total AHV-pflichtige Lohnsumme	Total FLG-pflichtige Lohnsumme	Total FAK-pflichtige Lohnsumme	Total ALV-pflichtige Lohnsumme bis Fr. 148'200.-	Total ALV-pflichtige Lohnsumme ab Fr. 148'201.-
voraussichtliche Summen für das Folgejahr					

Es wurden keine beitragspflichtigen Löhne ausbezahlt.

Wir sind einer registrierten BVG-Vorsorgeeinrichtung angeschlossen Ja Nein

Wenn Ja, Name der Vorsorgeeinrichtung _____

Wenn Nein, Begründung _____

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Jahresabrechnung.

Kontaktperson _____

Datum _____

Telefonnummer _____

Unterschrift _____

Emailadresse _____

Wird die Auszahlung im laufenden Jahr vorgenommen, so ist diese mit der Deklaration für dieses Jahr zu melden.