



CAISSE DE COMPENSATION
DU CANTON DU VALAIS

AUSGLEICHSKASSE
DES KANTONS WALLIS

Avenue Pratifori 22
Case postale 180
1951 Sion

LTN + DÉCLARATION DES SALAIRES VERSÉS PAR L'EMPLOYEUR À SON PERSONNEL

Numéro d'affilié

Année

Coordonnées de l'employeur

Nom, prénom ou raison sociale :

Rue, n° :

NPA, localité :

Téléphone :

E-mail :

Si pas de personnel cette année :

Assurance LAA : ÜULÖA

si changement →

Masse salariale totale LAA accidents non professionnels : _____

Masse salariale totale LAA accidents professionnels : _____

Liste des membres du personnel			Période d'activité				Salaires bruts		Renonciation franchise	ANP Accident non-prof.	
N° AVS	Nom et prénom	Adresse, NPA localité	Année	Début		Fin		AVS/AI/APG			Assurance-chômage
				Jour	Mois	Jour	Mois				
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montant total des salaires soumis/report											

Date : _____

Timbre et signature : _____