



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, no :

NPA, localité :

Téléphone :

E-mail :

Si pas de personnel cette année : ☐

Institution de prévoyance LPP (nom, adresse, NPA, localité) :

si changement → ☐

Assurance LAA (nom, adresse, NPA, localité) :

si changement → ☐

Liste des membres du personnel			Période d'activité				Salaires bruts		Renonciation franchise	
N° AVS	Nom et prénom Date de naissance	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"/>
Montant total des salaires soumis/report										

Date : _____

Timbre
et signature : _____