



# Anmeldung juristische Personen und Personengesellschaften

Ausgleichskasse Uri  
Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf

Telefon 041 874 50 10  
Telefax 041 874 50 15

Wir verwenden in diesem Formular der Einfachheit halber nur die männliche Form.

## 1. Firma

Rechtsform	<input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft	<input type="checkbox"/> Stiftung	<input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft
	<input type="checkbox"/> GmbH	<input type="checkbox"/> Genossenschaft	<input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft
	<input type="checkbox"/> Verein	<input type="checkbox"/> Einfache Gesellschaft	<input type="checkbox"/> Erbgemeinschaft
	<input type="checkbox"/> STWEG	<input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft	
Name	<input type="text"/>		
Erwerbszweig/Branche	<input type="text"/>		
Handelsregistereintrag	<input type="checkbox"/> ja	Datum	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> nein		
Geschäftsaufnahme im Kanton Uri	<input type="text"/>		
Ist Ihre Gesellschaft auf Grund einer Verbandszugehörigkeit bereits bei einer Verbandsausgleichskasse angeschlossen oder angemeldet?	<input type="checkbox"/> ja	bei welcher	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> nein		

## 2. Adressen

### Geschäftsadresse (Rechtssitz)

Strasse/Nummer	<input type="text"/>
Postleitzahl/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

### Filialen/Zweigniederlassungen

Strasse/Nummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl/Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Adresse gesetzliche oder vertragliche Vertretung

Nur ausfüllen, sofern unsere Korrespondenz an eine gesetzliche (z. B. Beistand) oder vertragliche Vertretung (z. B. Vertrauensperson oder Treuhandgesellschaft) zu richten ist. Die Ausgleichskasse Uri betrachtet sich ohne Gegenbericht als ermächtigt, der gesetzlichen oder vertraglichen Vertretung Auskünfte zur Korrespondenz (Verfügungen, Rechnungen, Mitteilungen usw.) zu erteilen.

Name oder Firma	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse/Nummer	<input type="text"/>
Postleitzahl/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Wohin wünschen Sie unsere Korrespondenz zugestellt?

- Geschäftsadresse       Filiale in Uri       Adresse gesetzliche oder vertragliche Vertretung

### 3. Kontoverbindung

Diese Angaben benötigen wir von Ihnen für die Rückzahlung allfälliger Guthaben.

Name des Kontoinhabers

Name und Ort der Bank/Post

IBAN-Nr.

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 4. Grund der Anmeldung

Neugründung

Geschäftssitzverlegung

aus dem Kanton:

Kassenwechsel

bisherige Ausgleichskasse:

Umwandlung von Einzelfirma

Abr.-Nr. der Einzelfirma:

ausschliesslich Anschluss an die Familienausgleichskasse Uri

### 5. Arbeitnehmer

Beschäftigen Sie AHV-pflichtiges Personal?

ja  nein

Wie viele Arbeitnehmer?

Seit wann?

AHV-pflichtige Gesamtlohnsumme (Bruttolohn) pro Monat in Fr.

Arbeitnehmer sind mit Name, Vorname, Geburtsdatum, Versichertennummer und Anstellungsbeginn anzumelden. Die Meldung kann in Briefform oder via PartnerWeb erfolgen. Informationen zum PartnerWeb finden Sie unter [www.svsuri.ch](http://www.svsuri.ch).

### 6. Teilhaber Personengesellschaften (einfache Gesellschaft, Kollektiv-/Kommanditgesellschaft oder Erbengemeinschaft)

Name und Vorname des Teilhabers

Versichertennummer

Für jede Person ist eine [Anmeldung Selbstständigerwerbende](#) beizulegen.

### 7. Bemerkungen

### 8. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift