

Liste des salaires 2020

Contrat n° _____

Nom et Prénom	Durée d'occupation du au		Nbre de mois	Salaire brut AVS mensuel	13e mois	Fonction	Salaire brut AVS annuel

Subsides du Fonds de Garantie LPP

(merci de cocher ce qu'il convient)

- ☐ L'employeur soussigné atteste que :
- l'ensemble de son **personnel** soumis à la LPP est affilié auprès de la Caisse de prévoyance du Diocèse de Sion.
- ☐ L'employeur soussigné atteste que :
- toutes les **personnes** qu'il emploie ne sont pas assurées auprès de la Caisse de prévoyance du Diocèse de Sion.
 - il est affilié auprès de plusieurs institutions de prévoyance pour son **personnel**.

Certifié exact et complet le :

Timbre et signature :