

ANSUCHEN UM EINSCHREIBUNG/ÄNDERUNG VON DATEN DER GESELLSCHAFT/KÖRPERSCHAFT

(Arbeitgeber)

Dieses Formular ist an folgende Anschrift zu senden bzw. einzureichen bei:
Rentenfonds Laborfonds z. Hd. Verwaltungsservice Pensplan Centrum AG
in der Mustergasse 11/13 – 39100 Bozen **oder** in der Via Gazzoletti 2 – 38122 Trient.
Andernfalls per Fax an die Nr. 0471 317666 oder per E-Mail: **info@laborfonds.it**

Die Gesellschaft/Körperschaft			
mit Sitz in		Prov.	
		PLZ	
Str.		Nr.	
MwSt-Nr.		Steuernummer	
Tel.		Fax	
		Handy	
E-mail			
mit (eventuellem) Arbeitssitz in			
		Prov.	
		PLZ	
Str.		Nr.	
Tel.		Fax	
		Handy	
E-mail			
Bezugsperson für Laborfonds			
Kollektivvertrag/ Kollektiv- bzw. Sammelabkommen (Bereich/Kategorie)			
		<input type="checkbox"/> Öffentlich ¹ <input type="checkbox"/> Privat ¹	
Postanschrift			
Str.		Nr.	
		Prov.	
		PLZ	

Der Rentenfonds Laborfonds wird **ermächtigt**, die meldeamtlichen Daten des folgenden
Arbeitsrechtsberaters/Verbandes einzugeben (falls dies nicht schon durch die Gesellschaft/Körperschaft
geschehen ist):

Bezeichnung und Gesellschaftsform			
Ort		Prov.	
		PLZ	
Str.		Nr.	
MwSt-Nr.		Steuernummer	
Tel.		Fax	
		E-mail	
Bezugsperson für Laborfonds			

und ihn mit der Gesellschaft/Körperschaft zu verbinden (falls dies nicht schon durch die
Gesellschaft/Körperschaft geschehen ist)².

Derselbe Arbeitsrechtsberater/Verband wird auch mit der neuen Gesellschaft (in Falle von Fusion, Änderung
der MwSt.-Nummer, Abtretung Personal/Gesellschaftszweig) verbunden.

¹ in Bezug auf die Zusatzrente.

² Falls der Arbeitgeber nicht mit dem Arbeitsrechtsberater/Verband verbunden ist, kann dieser nicht die Beitrittsformulare für die
Arbeitnehmer des Unternehmens ausdrucken.

☐ **die Aufnahme in die Datenbank von Laborfonds** (bitte Dokument zum Nachweis der Daten beifügen, z. B. Kopie des Handelsregisterauszugs oder der Zuweisung der Steuernummer)

☐ **die neue Bezeichnung**

☐ **die neue Rechtsform**

☐ **die neue Mehrwertsteuernummer ab** (bitte Dokument zum Nachweis der Daten, z.B. Kopie des Handelsregistrauszugs oder der Zuweisung der Steuernummer und Liste der Arbeitnehmer mit Angabe der Steuernummer beifügen)

☐ Öffentlich³ ☐ Privat³

2 von 5



- ☐ die Fusion durch Aufnahme der Unterzeichnenden in die unten genannte Gesellschaft/Körperschaft ab dem (bitte Kopie des Handelsregistrauszugs oder der Zuweisung der Steuernummer und Liste der Arbeitnehmer mit Angabe der Steuernummer beifügen)

Gesellschaft/Körperschaft <input type="text"/>			
mit Sitz in <input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>	
Str. <input type="text"/>		Nr. <input type="text"/>	
MwSt-Nr. <input type="text"/>	Steuernummer <input type="text"/>		
Tel. <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Handy <input type="text"/>	
E-mail <input type="text"/>			
mit (eventuellem) Arbeitssitz in <input type="text"/>			
	Prov. <input type="text"/>	PLZ <input type="text"/>	
Str. <input type="text"/>		Nr. <input type="text"/>	
Tel. <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Handy <input type="text"/>	
E-mail <input type="text"/>			
Bezugsperson für Laborfonds <input type="text"/>			
Kollektivvertrag/ Kollektiv- bzw. Sammelabkommen (Bereich/Kategorie)			
<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Öffentlich ⁴ <input type="checkbox"/> Privat ⁴			

⁴ in Bezug auf die Zusatzrente

- ☐ die Abtretung des Geschäftszweigs/den direkten Übergang der (Anzahl angeben)
nachstehend aufgeführten Arbeitnehmern an die unten genannte Gesellschaft/Körperschaft ab
dem ⁵ (bitte die Liste der Arbeitnehmer unter Angabe der Steuernummer beifügen)

Gesellschaft/Körperschaft <input type="text"/>	
mit Sitz in <input type="text"/>	Prov. <input type="text"/> PLZ <input type="text"/>
Str. <input type="text"/>	Nr. <input type="text"/>
MwSt-Nr. <input type="text"/>	Steuernummer <input type="text"/>
Tel. <input type="text"/>	Fax <input type="text"/> Handy <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	
mit (eventuellem) Arbeitssitz in <input type="text"/> Prov. <input type="text"/> PLZ <input type="text"/>	
Str. <input type="text"/>	Nr. <input type="text"/>
Tel. <input type="text"/>	Fax <input type="text"/> Handy <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	
Bezugsperson für Laborfonds <input type="text"/>	
Kollektivvertrag/ Kollektiv- bzw. Sammelabkommen (Bereich/Kategorie) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Öffentlich ⁶ <input type="checkbox"/> Privat ⁶	

aus folgenden Gründen (z.B. Abtretung eines Geschäftszweigs, Spaltung, etc.):

- ☐ neuer Kollektivvertrag/neues Kollektiv- bzw. Sammelabkommen, angewandt für alle Arbeitnehmer
oder für die nachstehend Angeführten ab dem
(bitte Liste der Arbeitnehmer mit Angabe der Steuernummer beifügen)
+ Kollektivvertrag/Kollektiv- bzw. Sammelabkommen (Bereich/Kategorie)
 ☐ Öffentlich⁶ ☐ Privat⁶

⁵ Das Lohndienstalter beim neuen Arbeitgeber wird unabhängig von der Auszahlung der Abfertigung beibehalten.

⁶ in Bezug auf die Zusatzrente.



☐ **die neue Anschrift des Rechtssitzes**

mit Sitz in	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Str.	<input type="text"/>			Nr.	<input type="text"/>
MwSt-Nr.	<input type="text"/>	Steuernummer	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>				
Bezugsperson für Laborfonds	<input type="text"/>				

☐ **die neue Anschrift des Arbeitssitzes/der Arbeitssitze**

mit Sitz in	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Str.	<input type="text"/>			Nr.	<input type="text"/>
MwSt-Nr.	<input type="text"/>	Steuernummer	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	Handy	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>				
Bezugsperson für Laborfonds	<input type="text"/>				

☐ **die Einstellung der Tätigkeit ab dem**

☐ **vollstreckbarer Konkurs ab** (Konkurserklärung beilegen)

Datum

Stempel und Unterschrift _____