

Offertanfrage

Firma	Name	
	Strasse / Nummer	PLZ / Ort
	Telefon	E-Mail
	Kontaktperson	Direktwahl
	Branche	

Gültig ab	Tag	Monat	Jahr
------------------	-----	-------	------

Plan	<input type="checkbox"/> Obligatorium	<input type="checkbox"/> Obli+	Sparen ab Obli+ (8, 10, 12, 14, 16, 18%)	%
	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4

Versicherte Personen

Hiermit bestätige ich, dass alle zu versichernden Personen zur Zeit voll arbeitsfähig sind

Name/Vorname	M/W	Geburtsdatum	Besch.-grad %	AHV-Lohn	Guthaben	per

Sie können uns Ihre Personaldaten auch per E-Mail an info@sozialfonds.li zustellen.
(z.B. als Excel- oder Word-Datei)

Anmerkungen

Unterschrift

Ort / Datum

Stempel Unterschrift Antragssteller/-in