

# Deklarationsformular Vollzugskostenbeitrag Paritätische Kommission Zahntechnik (Gläubigerin)

**Abrechnungsperiode:** 1. Januar 2024 bis 30. Juni 2024

gestützt auf Artikel 7.2 Gesamtarbeitsvertrag Zahntechnik

Einsenden an PK Zahntechnik, Radgasse 3, Postfach, 8021 Zürich / info@pk-zahntechnik.ch / Fax 043 366 66 95

Name Betrieb

(SchuldnerIn): \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

RG.-Nr.

(wenn bekannt) \_\_\_\_\_

AHV-Nummer	Name	Vorname	1) Anzahl Monate VZ Beitrag CHF 24.-	2) Anzahl Monate VZ Beitrag CHF 12.-	Total Vollzugskosten- beitrag

**Zu überweisendes Gesamttotal (fällig innert 10 Tagen seit Deklaration) CHF \_\_\_\_\_**

1) Für Arbeitnehmer/innen, welche mehr als 21 Stunden pro Woche arbeiten, beträgt der monatliche Vollzugskostenbeitrag **CHF 24.-**

(Arbeitgeber/in CHF 12.- und Arbeitnehmer/in CHF 12.-).

2) Für Arbeitnehmer/innen, welche 21 Stunden pro Woche und weniger arbeiten, beträgt der monatliche Vollzugskostenbeitrag **CHF 12.-**

(Arbeitgeber/in CHF 6.00 und Arbeitnehmer/in CHF 6.00).

Wir beschäftigen **keine** zahntechnischen Angestellten. (Lehrlinge fallen nicht in den Geltungsbereich des GAV)

**Ort / Datum / Unterschrift** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, Schuldnerin der oben deklarierten Vollzugskostenbeiträge gegenüber der Gläubigerin, Paritätische Kommission Zahntechnik, Radgasse 3, 8021 Zürich, zu sein und die geschuldeten Vollzugskostenbeiträge gemäss der vorliegenden Deklaration der Gläubigerin zu leisten. Die vorliegende Deklaration gilt als Schuldanerkennung gemäss Art. 82 Abs. 1 SchKG. Ich bestätige, wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben.