Betrieb

Name / Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigte (Vollzeit + Teilzeit in % des Beschäftigungsanteil): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mitglied bei folgenden SSO-Trägerverbänden (Zutreffende ankreuzen):

AER [ ]  / SGO [ ]  / Swissgalvanic [ ]  / VLO [ ]  / VSA [ ]  / VSV [ ]  / VSKF [ ]  / Nichtmitglied [ ]

Inhaber/ Geschäftsführer (Name, Vorname): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verantwortlicher für Arbeitssicherheit (Name, Vorname):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Angaben zur Berufsunfallversicherung

Versicherer (Zutreffende ankreuzen):

SUVA [ ]  / Anderer [ ]  welcher: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einstufung gemäss aktuellem Versicherungsausweis:

BUV-Klasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ BUV-Unterklasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stufe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nettoprämiensatz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

Aktuelle BUV-Prämie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (bitte Kopie der aktuellen Rechnung beilegen!)

Erklärung

Hiermit trete ich / treten wir der SSO-FSTS Branchenlösung für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (SUVA Bra-Lö Nr 36) bei und habe/n Kenntnis der mitgeltenden Dokumente: „Mitgliederbeitrag der SSO-FSTS Branchenlösung für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“ und „Dienstleistungen der SSO-FSTS Branchelösung für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“ genommen.

Gültigkeit: Die Mitgliedschaft beginnt mit Eingang der Beitrittserklärung bei der KAS und dauert bis Ende des Folgejahres. Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht mindestens sechs Monate vor Ablauf der laufenden Periode durch eingeschriebenen Brief bei der KAS gekündigt wurde.

Ausschlüsse: Die Trägerschaft behält sich vor, angeschlossene Mitglieder aus triftigen Gründen von der Branchenlösung auszuschliessen. Solche Gründe können sein: Nichtumsetzen der Branchenlösung, nichtbezahlen der Beiträge, wiederholtes Fehlen an Ausbildungskursen und ERFA-Tagungen, nichtmelden von Statistiken, weitergeben von Unterlagen und Dokumenten an Dritte, usw.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns:

* die Vorgaben des, von der EKAS und SSO-Stiftungsrat genehmigten Konzepts, besonders auch die Aufgaben des Geschäftsführers und des KOPAS (Kontaktperson für Arbeitssicherheit) zu erfüllen.
* an den obligatorischen periodischen Kursen und Tagungen (KOPAS, ERFA, GF, VG) teilzunehmen.
* die für Erhebungen wichtigen Dokumente, Unterlagen und Checklisten fristgerecht beizubringen. (z.Bsp. definitive SUVA-Prämienrechnung)
* die von der KAS festgelegten und vom SSO-Stiftungsrat genehmigten Prämien fristgerecht zu bezahlen. (siehe auch Doku „Mitgliederbeitrag …“

Ort / Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift (rechtsgültige): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firmenstempel)

Einsenden an:

Präsident der KAS-CST,

Urs Scheuber,

praesident\_kas@sso-fsts.ch

+41 58 861 91 28