



**CENTRE COMMUN  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

L-2975 Luxembourg  
Tél.: 40141-1 [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

# BETRIEBSANMELDUNG

Bitte nicht ausfüllen				
<b>AAA :</b>	<b>No D'IMMATRIC.</b>			-

## 1) Angaben zum Arbeitgeber

### a) Für natürliche Personen

<b>ERKENNUNGSNUMMER</b>	<input type="text"/>
Name, Vorname(n)	_____
Straße, Nr	_____
Postleitzahl, Ort	_____ Tel. _____
<u>Ebenfalls Rubrik 2 auf Seite 2 ausfüllen</u>	

### b) Für juristische Personen

<b>ERKENNUNGSNUMMER</b>	<input type="text"/>
Gesellschaftsname	_____
Gesellschaftsform (A.G., usw.)	_____ Gründungsdatum <input type="text"/>
Straße, Nr	_____
Postleitzahl, Ort	_____ Tel. _____
Der Gründungsakt wurde veröffentlicht im Memorial C No. _____ Seite _____ am <input type="text"/>	
Falls der Gründungsakt noch nicht im Memorial veröffentlicht wurde, ist eine Kopie desselben beizufügen.	
<u>Ebenfalls Rubriken 2, 3 und 4 auf Seite 2 ausfüllen</u>	

### c) Für Körperschaften (Verbände, Miteigentümer, sportliche oder kulturelle Vereinigungen, usw.)

<b>ERKENNUNGSNUMMER</b>	<input type="text"/>
Name der Körperschaft	_____
Straße, Nr	_____
Postleitzahl, Ort	_____ Tel. _____
Gründungsdatum	<input type="text"/>
<u>Ebenfalls Rubriken 2 und 3 auf Seite 2 ausfüllen</u>	

2) Angaben zum Betrieb

Betriebsbezeichnung \_\_\_\_\_  
**Anschrift des Betriebes**  
Straße, Nr \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_  
Datum ab dem Personal beschäftigt wird 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Beschreibung der Art des Betriebes (\*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Handelt es sich um ein Geschäft? Ja  / Nein  (\*)  
Wenn ja, ein Geschäft mit  
- einer Reparaturwerkstatt? Ja  / Nein   
- einer Produktionsstätte? Ja  / Nein   
(\* ) Diese Angaben sind absolut notwendig.

3) Angaben über die im Großherzogtum verantwortliche Person

Nur für die unter 1) b) und 1) c) fallenden Betriebe ausfüllen

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_  
Eigenschaft (Verwalter, Präsident, usw.) \_\_\_\_\_  
**Privatwohnsitz**  
Straße, Nr \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

4) Angaben im Falle der Änderung der Gesellschaftsform

Nur für die unter 1) b) fallenden Betriebe ausfüllen

Handelt es sich ausschliesslich um eine Änderung der Gesellschaftsform eines bestehenden Unternehmens? Ja  / Nein   
Wenn ja, geben Sie bitte folgende Daten an:  
Alte Erkennungsnummer 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Alter Gesellschaftsname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_