

Anmeldeformular

1. Angaben zur Institution:

Name: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

evtl. Stempel der Institution:

2. **Abrechnungsnummer:** _____ (unter welcher Sie bei der Ausgleichskasse
des Kantons Bern angeschlossen sind)

3. **Anzahl Mitarbeiter:** _____

4. **Anzahl Kinder**, die zurzeit von Ihnen eine Kinderzulage erhalten:
unter 17-jährig: _____ Kinder / Kinder in Ausbildung: _____ Kinder
(ab vollendetem 16. Altersjahr)

5. **Antrag:** Wir bitten Sie, unsere Institution als Mitglied des Vereins für Sozialversicherungsfragen von
öffentlichen Institutionen des Kantons Bern (ÖKB) aufzunehmen.

Wirkung ab: _____
T T, M M, J J J J

Jahresbeitrag für den Betrieb:

Betrieb bis 200 Mitarbeiter	Fr. 50.00
Betrieb zwischen 200 bis 1'000 Mitarbeiter	Fr. 100.00
Betrieb über 1'000 Mitarbeiter	Fr. 300.00

Wir verpflichten uns, den statutarischen Beitrag gemäss oben stehendem Tarif zu bezahlen. Im Übrigen
haben wir davon Kenntnis genommen, dass wir mit der Aufnahme in den Verein ÖKB gleichzeitig Mitglied
der Familienausgleichskasse ÖKB werden.

Die Mitgliedschaft endet jeweils auf Ende eines Kalenderjahres, in dem die Voraussetzungen nicht mehr
erfüllt sind. Bei einer Kündigung durch das Mitglied hat diese bis spätestens Ende Juni zu erfolgen, um
den Austritt auf das Jahresende zu erwirken.

Ort, Datum und Unterschrift_____
Kontaktperson (Name und Vorname)_____
Name und Vorname_____
Funktion der unterzeichnenden Person_____
Funktion der Kontaktperson

Die Anmeldung ist an nachstehende Adresse einzureichen:

Verein ÖKB, p.A. Ausgleichskasse des Kantons Bern, Chutzenstrasse 10, 3007 Bern