

**ANSCHLUSS-VEREINBARUNG ZUR BERUFSVORSORGE-
STIFTUNG DER WALLISER LANDWIRTSCHAFT**

Der landwirtschaftliche Arbeitgeber

Name und Vorname (oder Firma) _____

Strasse _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____

Schliesst sich der « Berufsvorsorge-Stiftung der Walliser Landwirtschaft » an, die von der Walliser Landwirtschaftskammer zu Versicherung der ausserfamiliären Arbeitskraft geschaffen wurde und den Anforderungen des

**Bundesgesetzes zu beruflichen Alters-,
Hinterlassenen- und Invalidensorge (BVG)**

Entspricht.

Die Firma bestätigt, dass alle in der Liste der zu versichernden Personen aufgeführten Arbeitnehmer voll und ganz arbeitsfähig sind.

INKRAFTTRETEN :

.....

Ort und Datum : _____

Ort und Datum : _____

Unterschrift des Arbeitgebers

Unterschrift der Kammer

Zurücksenden an:

Berufsvorsorge-Stiftung der Walliser Landwirtschaft
Postfach 96
1964 Châteauneuf-Conthey