

**Avviso di soppressione**

**Datore di lavoro**

Nome / Dita

Numero di conteggio (Abr-Nr.)

**Beneficiario/a**

Cognome e Nome

Numero AVS

Fuoriuscita per

Cognome e Nome

Numero AVS

Fuoriuscita per

Cognome e Nome

Numero AVS

Fuoriuscita per

**Conferma**

Luogo e data

Timbro e firma

Per inviare per posta, si prega di utilizzare questa foglia d'indirizzo (per la finestra a destra o sinistra).

Ostschweizerische Ausgleichskasse  
für Handel und Industrie  
Abteilung Beiträge / FAK  
Lindenstrasse 137  
Postfach 345  
9016 St. Gallen

Ostschweizerische Ausgleichskasse  
für Handel und Industrie  
Abteilung Beiträge / FAK  
Lindenstrasse 137  
Postfach 345  
9016 St. Gallen