



Demande d'affiliation

DÉNOMINATION DE L'ENTREPRISE OU TITRE (M. OU MME), NOM ET PRÉNOM

Forme Juridique

1 ADRESSE DU SIÈGE SOCIAL

Rue Numéro Boîte

Code Postal Localité

Téléphone / Fax / GSM /

Numéro d'O.N.S.S. Numéro d'Entreprise Assujetti TVA Oui Non SEPP actuel

Secrétariat Social N° de dossier E-mail

Code NACE Description sommaire de l'activité principale Nombre de travailleurs occupés à ce siège

2 ADRESSE DE L'UNITÉ D'ÉTABLISSEMENT (SI PLUSIEURS UNITÉS, JOINDRE LA LISTE ET LES NUMÉROS)

Rue Numéro Boîte

Code Postal Localité

Téléphone / Fax / GSM /

N° unité d'établissement E-mail

Code NACE Description sommaire de l'activité Nombre de travailleurs occupés à ce siège

3 ADRESSE DE FACTURATION ET D'EXPÉDITION 1 ou 2 (entourer la mention utile)

E-MAIL DE FACTURATION

4 PRÉSENCE D'UN CONSEILLER EN PRÉVENTION

Niveau 1 Oui Non Niveau 2 Oui Non Niveau de Base Oui Non

Nom, prénom, e-mail, téléphone/GSM

PRÉSENCE D'UN COMITÉ DE PRÉVENTION ET PROTECTION : Oui Non

PERSONNE DE CONTACT POUR Nom, fonction, e-mail, téléphone, GSM

Visite des lieux de travail :

Rendez-vous examens médicaux :

Facturation :

DEMANDE D'AFFILIATION TRANSMISE PAR

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT :

FAIT À, LE

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR