



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