



Identification

La société est-elle assujettie à la T.V.A.?

non:

oui:

Dénomination:

Sigle-abréviation: Forme juridique:

N° d’entreprises unique:

Identité des associés actifs et des mandataires de la société (gérants, administrateurs, commissaires)

Nom et prénom	N° du Registre National	Adresse
.....	□□□□□□-□□□□-□□
.....	□□□□□□-□□□□-□□
.....	□□□□□□-□□□□-□□
.....	□□□□□□-□□□□-□□
.....	□□□□□□-□□□□-□□

Siège social

Rue, n° et bte:

Code postal et commune:

Numéro de téléphone: Fax:

Siège d’exploitation

Rue, n° et bte:

Code postal et commune:

Numéro de téléphone: Fax:

Activité exercée par la société (décrivez-la avec précision et joignez une copie des statuts):

.....

Je soussigné, (nom), (prénom),
 habitant à (rue, n° et bte), (code postal et commune),
 déclare par la présente comme (fonction dans la société) disposer du pouvoir d’affilier la
 société susmentionnée à la Caisse d’Assurances Sociales “Multipen” en application des articles 76 à 85 de la loi du 26 juin 1992
 et des articles 88 à 106 de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses.

Fait à, le

Signature: X.....

La présente déclaration n’est valable que si toutes les rubriques de ce formulaire sont correctement complétées.

Avec ce document, Multipen vous demande des renseignements personnels qui, dans un traitement automatisé, nous permettront à exécuter notre mission, comme déterminé dans l’arrêté royal numéro 38 du 27 juillet 1967.
 Conformément à la loi du 8 décembre 1992 à la protection de la vie privée personnelle en rapport avec le traitement automatisé des renseignements de personnes, nous vous informons que vous avez accès à ces renseignements, ainsi que le droit d’apporter des corrections et d’obtenir des renseignements supplémentaires au Registre Public.