

Mechelen, _____
F 9 _____
Votre interlocuteur: _____
Tél.: 015/45.12.4 _____
Numéro National: _____

DECLARATION DE DEMISSION D'UN TRAVAILLEUR INDEPENDANT

Le (la) soussigné(e),

Nom: _____ Prénoms: _____

Profession: _____ Date de naissance: _____

Adresse: rue _____ n°: _____

Commune: _____

Légalement affilié à la Caisse d'assurances sociales (1):

Sous le numéro de référence: _____

déclare formellement démissionner de ladite Caisse d'assurances sociales et adhérer à "MULTIPEN" Caisse d'Assurances Sociales a.s.b.l., Zeutestraat 2 B, 2800 Mechelen.

Date: _____

Signature précédée des mots:
"Lu et approuvé" (2)

(1) Indiquer la dénomination de la Caisse d'assurances sociales à laquelle vous êtes affilié et que vous souhaitez quitter.
(2) La date et la mention "Lu et approuvé" doivent être manuscrites et écrites de la main de l'indépendant.