

Données de l'employeur

Numéro d'entreprise : _____ Numéro ONSS : _____
 Dénomination : _____
 Rue : _____ Numéro : _____ Boîte : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Données du prestataire de services

N° d'agrément du SSA : _____
 N° de la succursale du SSA où le dossier est tenu à jour : _____
 N° d'affiliation de l'employeur (Facultatif) : _____
 N° d'entreprise : _____
 Dénomination : _____
 Rue : _____ Numéro : _____ Boîte : _____
 Code postal: _____ Commune : _____ Pays : _____
 Tél: _____ e-Mail: _____

A. Donne le mandat au prestataire de services ou secrétariat social agréé précité d'exécuter en son nom et pour son compte les formalités en matière de sécurité sociale.

Le mandat porte spécifiquement sur le ou les groupe(s) d'applications suivant(s) (1)*:

Sécurité sociale

- DIMONA
 DMFA
 Services internationaux

Risques sociaux

- DRS Chômage
 DRS Indemnités
 DRS Accidents du travail
 Chômage temporaire

Autres

- Sigedis (DB2P - Employeur)
 Travail associatif
 Guichet Unique WIB

Trimestre d'affiliation : / (T/AAAA)

B. Confirme également que le mandataire précédent (si d'application) a été résilié correctement.

C. Fait élection de domicile au siège du prestataire de services pour la réception de la correspondance et des communications émanant de l'Office afin que ce dernier puisse adresser valablement tous les documents au secrétariat social.

D. Le mandat prend cours le 1er jour du trimestre d'affiliation susmentionné.

Pour l'employeur :

Nom :

Numéro de registre national :

Date de signature :

Signature

Pour le prestataire :

Nom:

Numéro de registre national :

Date de signature :

Signature

REMARQUES IMPORTANTES :

(1) Le fait de cocher un ou plusieurs groupes d'applications implique que le prestataire de services ai accès au réseau électronique de la sécurité sociale ainsi qu'à l'infrastructure de base et aux logiciels nécessaires pour pouvoir gérer les obligations de l'employeur.