

PROCURATION

Données de l'entité (mandant)

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

Données du prestataire de services (mandataire)

N° d'agrément du SSA : _____
 N° de la succursale du SSA où le dossier est tenu à jour : _____
 N° d'affiliation de l'employeur : _____
 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 pour agir en son nom et pour son compte.

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)
 Guichet Unique WIB

Trimestre d'affiliation : (T/AAAA)

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

C. Fait élection de domicile, pour le ou les groupes d'applications sélectionnés, au siège / domicile du prestataire de services pour la réception de toute correspondance et des communications.

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

* Informations au verso

V 3.0

Pour l'entité (mandant) :

Nom :

Date de signature :

Numéro de registre national :

Signature

Pour le prestataire (mandataire):

Nom :

Date de signature :

Numéro de registre national :

Signature

REMARQUES IMPORTANTES :

(1) Le fait de cocher un ou plusieurs groupes d'applications implique que le prestataire de services ait 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.