

Employeur :

Adresse :

N° immatriculation à l'O.N.S.S. :
(à défaut, le n° de TVA)

Tél. :

Si connu, n° de NRP :

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Service Public Fédéral « Sécurité Sociale »
Inspection Sociale – Soutien Logistique
Place Victor Horta 40, boîte 20, 6^{ème} étage
1060 Bruxelles

Tél. : 02/528.62.56

Fax : 02/528.69.64

DECLARATION DE PRESTATIONS

Application de l'article 17 de l'Arrêté-Royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la Loi du 27 juin 1969 révisant l'Arrêté-Loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs

Le soussigné déclare qu'il occupera en application de l'article 17, premier alinea, 1^oa) - 1^ob) - 2^o - 3^o - 4^o - 5^o - 6^o (biffer les mentions inutiles) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Si connu, n° du travailleur :

le (date ou dates pendant une même année calendrier) :

..... / / - / / - / / - / / - / /
..... / / - / / - / / - / / - / /
..... / / - / / - / / - / / - / /
..... / / - / / - / / - / / - / /
..... / / - / / - / / - / / - / /

Lieu d'occupation :

L'intéressé a déjà été occupé au cours de la même année calendrier en application de l'article 17 précité chez moi - chez un autre employeur (biffer la mention inutile).

Fait à :

le :

Signature de l'employeur ou de son préposé :