

Identification de la Caisse d'Assurances Sociales

Dénomination :
Rue : N° : Bte :
Code Postal : Localité :
Numéro d'identification :

Identification de l'assujetti

Nom :
Prénom :
Numéro de registre national : - -
Date de naissance : ... / ... /
Rue : N° : Bte :
Code Postal : Localité :

La personne précitée est soumise à l'Assurance Obligatoire contre la maladie et l'invalidité en application de l'Arrêté Royal n°38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants et est affiliée auprès de notre Caisse d'Assurances Sociales depuis le ... / ... /

L'activité indépendante a commencé le ... / ... / à titre complémentaire
 à titre principal

Commentaires éventuels :
.....
.....

Sceau de la Caisse d'Assurances Sociales :

Certifié sincère et véritable,

Date : ... / ... /

Nom et signature du responsable :