Transfert vers avixi
Déclaration d'affiliation pour sociétés

1 Coordonnées de la société

Nom _____ Forme juridique _____

Numéro d'entreprise _____

Siège social

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code Postal _____ Lieu _____ Pays _____

GSM _____ Téléphone _____

Mail _____ Fax _____

Langue ☐ néerlandais ☐ français ☐ allemand **adresse de correspondance** (si cela est différent du siège social)

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code Postal _____ Lieu _____ Pays _____

GSM _____ Téléphone _____

Mail _____ Fax _____

2 Description des activités ou des codes NACEBEL

_____

_____

_____

3 Nom des associés actifs et des mandataires sociaux

Numéro de registre national ou date de naissance

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

4 Comptable/expert-comptable

Nom du bureau _____

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code Postal _____ Lieu _____ Pays _____

GSM _____ Téléphone _____

Mail _____ Fax _____

Je donne procuration à mon (expert-)comptable afin de gérer mon dossier auprès de avixi caisse d'assurance sociales ☐ Non ☐ Oui

Intermédiaire _____

Transfert vers avixi
Déclaration d'affiliation pour sociétés

5 Déclaration d'affiliation

Nom _____ Prénom _____

Numéro de registre national (voir verso carte d'identité) _____

Fonction dans la société _____

déclare affilier la société à avixi sociaal verzekeringsfonds.

Je déclare par la présente être mandaté(e) pour affilier la société précitée auprès de avixi caisse d'assurances sociales en application de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses et mentionne ci-dessous l'identité des mandataires et associés actifs actuels de cette société. Je confirme également avoir reçu toutes les infos utiles concernant le calcul de la cotisation annuelle à charge des sociétés, l'obligation d'assujettissement, les droits et obligations de la société à l'égard de cette cotisation.

Date _____ Signature

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont destinées à avixi caisse d'assurances sociales.
Ces données seront utilisées pour garantir votre sécurité sociale de travailleur indépendant conformément à l'AR n° 38 du 27.07.1967 (perception des cotisations, assistance, paiement des allocations familiales, gestion de la carrière professionnelle en tant qu'indépendant). À l'exception des données personnelles, médicales et sociales, ces données peuvent aussi être utilisées pour promouvoir les services d' avixi et de ses partenaires. En vertu de la loi du 11.12.1998 (AR du 13.02.2001),
vous avez le droit de consulter et de rectifier vos données à caractère personnel. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées aux fins précitées, veuillez nous en informer en envoyant un e-mail à info@avixi.be ou un courrier à l'une des adresses de avixi Caisse d'Assurances Sociales, Hendrik Consciencestraat 1b, 2800 Mechelen.

Déclaration de démission pour sociétés

Nom_____ Prénom _____

Numéro de registre national (voir verso carte d'identité) _____

Délégué de la société,

Nom _____ Forme juridique _____

Numéro d'entreprise _____

Siège social à

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code Postal _____ Lieu _____ Pays _____

et légalement affiliée à la caisse d'assurances sociales _____

Je déclare formellement démissionner de la caisse d'assurances sociales précitée et je affilie la société à avixi caisse d'assurances sociales, Hendrik Consciencestraat 1b, 2800 Mechelen.

Date _____ Signature (précédée des mots 'lu et approuvé' de la main du délégué de la société)e)