

### 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 NACEBEI

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

### 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](mailto:info@avixi.be) ou un courrier à l'une des adresses de avixi Caisse d'Assurances Sociales, Van Benedenlaan 4, 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, Van Benedenlaan 4, 2800 Mechelen.

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