

Formulaire d'inscription aux Titres-Services

- Aide à la maternité pour les mères indépendantes -

A renvoyer à votre caisse d'assurances sociales

Veillez remplir tous les champs afin que votre inscription soit prise en compte.

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

NISS*: _____ (Mention obligatoire)

Adresse reprise au registre de la population:

Code postal: _____

(adresse carte d'identité, maximum 40 caractères)

Localité: _____

N° de téléphone: _____

N° de compte bancaire (IBAN)

N° de GSM: _____

Adresse e-mail: _____

Code banque (BIC) _____

Régime linguistique: FR NL

Je souhaite faire usage des titres-services électroniques

Je souhaite faire usage des titres-services papier

Données de la caisse d'assurance:

Adresse de livraison (si différente de celle indiquée ci-dessus):

Nom et adresse: _____

Adresse: _____

N° de téléphone: _____

Code postal et localité: _____

Référence: _____

Date:

Signature:**

____/____/____

(*) Numéro d'identification du Registre national : verso de la carte d'identité.

(**) Le signataire s'engage à respecter les conditions d'utilisation du dispositif (A.R. du 12/12/2001 concernant les titres-services)

