

Déclaration de démission et d'affiliation à la cotisation sociale

Renvoyez ce formulaire par email à l'adresse accountantdesk@partena.be

Je soussigné,

Nom :

Prénom :

agissant en qualité d'administrateur, gérant ou associé actif¹

de la société :

légalement affilié à la caisse d'assurances sociales en vertu de la loi du 30.12.1992²:

.....

.....

.....

déclare démissionner de ladite caisse d'assurances sociales et adhérer à la Caisse d'Assurances Sociales de Partena Professional.

I. Identification de la société

Numéro d'entreprise :

Dénomination :

.....

.....

Sigle – abréviation :

Forme juridique :

Date de création : / /

Publication des statuts :

Date : / / Référence :

Veillez joindre une copie des statuts publiés au Moniteur belge afin de pouvoir valider votre affiliation.

II. Adresses de la société

Siège social :

Rue : n° : B.P. :

Code postal : Commune : Pays :

Siège d'exploitation (si différent du siège social) :

Rue : n° : B.P. :

Code postal : Commune : Pays :

Langue : Français Néerlandais

Tel : Fax : GSM :

E-mail :

III. Activité - secteur

Décrivez la branche ou le secteur d'activité :

.....
.....
.....
.....

IV. Administrateurs – Gérants – Associés Actifs

(Mentionnez ici les renseignements des personnes qui occupent une fonction dans la société au moment de l'affiliation)

Nom	Prénom	Numéro National	Fonction dans la société

V. Déclaration

Le soussigné déclare par la présente disposer du pouvoir d'affilier la société susmentionnée à la Caisse d'assurances sociales Partena Professional, Rue Chartreux 45, 1 à 1000 Bruxelles en application des dispositions légales concernant la cotisation à charge des sociétés (articles 76 à 85 de la loi du 26.06.1992 – Moniteur belge du 30.06.1992).

Nom :

Qualité :

Fait à : le :/...../.....

Signature

Les informations figurant sur ce formulaire d'affiliation sont destinées à l'usage interne de la caisse d'assurances sociales de Partena Professional et seront enregistrées dans notre banque de données. Vous avez le droit de consulter ces données et, le cas échéant, de les modifier (loi du 08.12.1992 sur la protection de la vie privée en matière de traitement des données). A l'exception des données médicales et sociales à caractère personnel, ces données seront traitées aux fins d'assurer la promotion des services Partena Professional ainsi que d'autres partenaires. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées aux fins décrites ci-dessus, faites-le nous savoir en envoyant soit un e-mail à privacy@partena.be ou soit un courrier au service "Vie Privée" de la caisse d'assurances sociales de Partena Professional.

Déclaration de démission et d'affiliation en faveur de la Caisse d'assurances sociales Partena Professional

Renvoyez ce formulaire par email à l'adresse accountantdesk@partena.be

Je, soussigné(e),

affilié(e) actuellement à la Caisse d'assurances sociales

sous la référence

- déclare, par la présente, démissionner de la caisse d'assurances sociales où je suis inscrit(e) actuellement et m'affilier auprès de la Caisse d'assurances sociales Partena Professional, rue des Chartreux 45, 1000 Bruxelles, avec effet au 1er janvier de la première année possible pour ce transfert.
- déclare formellement que les données reprises ci-dessous sont correctes et complètes.

1. Informations personnelles

NISS : (voir votre carte d'identité)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Langue : FR NL

Adresse de contact en Belgique (si elle diffère de l'adresse figurant dans le Registre national ou le registre BIS)

Rue : N° Boite

Code postal : Commune :

Adresse email :

T.: +32/ M.: +32/

2. Informations relatives à l'activité

Quelle activité exercez-vous en tant qu'indépendant?

Numéro d'entreprise : Date de début :

Etes-vous en société (administrateur, gérant ou associé actif) ? OUI NON

si oui , nom, forme juridique et numéro d'entreprise de la société :

Etes-vous aidant(e) d'un indépendant ? OUI NON si oui , nom, prénom, adresse de la personne aidée:

Exercez-vous, parallèlement à votre activité indépendante, d'autres activités ou bénéficiez-vous des revenus de remplacement ?

OUI NON si oui , pouvez-vous préciser ?.....

Votre conjoint (ou cohabitant légal) vous aide-t-il dans l'exercice de votre activité ? OUI NON

3. Mandat Expert-comptable :

Avez-vous un Expert-comptable ? OUI NON

Nom et prénom du Expert-comptable :

Nom de la fiduciaire :

OUI, je donne mandat à mon Expert-comptable

Fait à le

Signature précédée de la mention 'lu et approuvé'

Je reconnais avoir pris connaissance des informations légales figurant à la suite de ce document.

Vie Privée :

- Les données à caractère personnelles communiquées dans le présent formulaire sont destinées à être traitées par les caisses d'assurances sociales (pour les indépendants) de Partena Professional en vue de la gestion sociale de mon statut d'indépendant dans le cadre de l'AR n°38 du 27/07/1967 ainsi que des droits et obligations qui y sont liés.
- J'autorise de manière explicite que mes données de contact (coordonnées) puissent être traitées aux fins d'assurer la promotion des services des entreprises de Partena Professional ainsi que d'autres partenaires. Je dispose du droit de retirer à tout moment ce consentement en envoyant une demande (en justifiant de mon identité) par un courrier à Partena Professional – DPO Office, 45, rue des Chartreux à 1000 Bruxelles ou un mail à l'adresse mail privacy@Partena.be
- Les traitements précités sont effectués dans le respect des dispositions au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement général sur la Protection des données - GDPR)
- En vertu de cette réglementation, je dispose d'une série de droits par rapport à mes données : recevoir des informations concernant le traitement de mes données à caractère personnel, les consulter, les faire rectifier ou dans certains cas les faire supprimer ou en restreindre le traitement. Je peux retrouver des informations détaillées de ces droits et de leur exercice sur le site web de Partena Professional, sous la rubrique 'Privacy'.
- Toute déclaration incorrecte ou erronée est punissable par la loi

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes et m'engage à signaler à la Caisse d'assurances sociales de Partena Professional dans les quinze jours toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire d'affiliation (disposition légale).