

Période du										au										Relevé des prestations																													
Nom de l'employeur:										Nom de l'activité:										N° dossier:																													
Adresse de l'employeur:										Type de travailleurs:										Rég. hebdo. effectif de l'activité: heures																													
Succursale:										Commission paritaire:										Rég. hebdo. moyen de l'activité: heures																													
										Gestionnaire:										No de téléphone (employeur):																													
N° Trav/N° Contrat :										Nom :										Cat. bar.:										Fonction:										Lieu d'occupation: _____									
										01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																							
Horaire																																																	
Exceptions et absences																																																	
Situation fiscale:										Rémunération:										Depuis le: __ j __ h										Mémo:																			
										Rubrique										Libellé																				Montant									
Régime: Vacances prises Date d'entrée:										Réduction ONSS: Jours: Anc.:										Heures: Age:										Date de sortie: Raison:																			

Nom et prénom du signataire										Date									
Je certifie que les informations indiquées sur les pages 1 à 1 du relevé des prestations sont conformes																			
Signature																			

