

| Réservé au Service | |
|---------------------|----------------|
| Date d'entrée UCM : | Bureau : |
| Rédacteur : | Prescripteur : |
| N° : | Code : |

Starters et indépendants

Numéro d'entreprise :

Numéro du dossier :

À rappeler dans toute correspondance

Découvrez le point de contact
le plus proche de chez vous via ucm.be

Déclaration d'affiliation de votre société

1. Identification de la société

Numéro d'entreprise*

Dénomination : _____

Sigle / abréviation : _____

Forme juridique : SA SPRL SPRLU SC Autre forme : _____

Date de constitution de la société

Date de parution de l'acte constitutif aux annexes du Moniteur belge

Votre entreprise est-elle assujettie à la TVA ? Oui Non

2. Adresse de la société

Siège social : Rue _____ N° _____ Bte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Siège d'exploitation : Rue _____ N° _____ Bte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

(si différent)

Envoi de la correspondance : Siège social Siège d'exploitation

Tél : _____ / _____ Fax : _____ / _____ E-mail : _____

IBAN

Pour un compte belge compléter les cases grisées

BIC

3. Branche / secteur d'activité

Décrivez la branche ou le secteur d'activité avec précision et joignez une copie des statuts.

(*) Depuis le 1er juillet 2003, toutes les entreprises entendues au sens le plus large possible (personnes morales et personnes physiques) se voient attribuer un numéro d'identification unique. Celui-ci est constitué soit par l'ancien N° de TVA, soit par le N° du registre national des personnes morales, ou est attribué par la Banque carrefour des entreprises (pour les nouvelles entreprises ou celles qui n'ont aucun des N° énumérés).

Starters et indépendants

4. Service en ligne

- Je donne procuration à mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire pour **accéder de manière électronique** aux informations de mon dossier ouvert auprès de la Caisse d'assurances sociales UCM.

Cette procuration est indispensable en application de la Loi sur la protection de la vie privée. Afin de conserver la confidentialité de mes informations, je m'engage à informer UCM en cas de changement de comptable ou de fiduciaire.

Nom de mon comptable/fiscaliste * : _____ Prénom * : _____
 Fiduciaire : _____
 Code postal / Localité : _____ Numéro de partenaire : _____
 Téléphone* : _____

* informations obligatoires

5. Déclaration

Le(la) soussigné(e) déclare par la présente disposer du pouvoir d'affilier la société susmentionnée à la Caisse d'assurances sociales UCM en application de la loi du 30 décembre 1992 et de l'arrêté royal du 15 mars 1993.

Je soussigné(e), Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Né(e) le : ____ / ____ / ____

déclare affilier la société à la Caisse d'assurances sociales UCM.

Je reconnais avoir été informé(e) de l'article 98 de la loi du 30 décembre 1992 qui stipule que les associés actifs et les mandataires (administrateurs ou gérants) de la société sont tenus solidairement avec elle au paiement de la cotisation annuelle, des majorations et des frais dont elle est redevable.

Fait à, le/...../.....

Signature :

SIGNATURE OBLIGATOIRE

La présente déclaration signée n'est valable que si toutes les rubriques de ce formulaire sont correctement complétées.

| | | | |
|------------------------|---|--------|------------------|
| Cachet de la société : | LISTE DES ASSOCIES ET MANDATAIRES AFFILIES à la Caisse d'assurances sociales U.C.M. (compléter ci-dessous ou joindre une liste complète des associés) | | |
| | Nom | Prénom | N° d'affiliation |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |