

# COPRE

## COMMISSION DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL

Entreprise affiliée :

Contrat no :

---

### Représentant employé

Nom et prénom : ..... Tél. privé/portable : .....

Adresse privée : ..... Signature du représentant : .....

### Représentant employé

Nom et prénom : ..... Tél. privé/portable : .....

Adresse privée : ..... Signature du représentant : .....

### Représentant employé

Nom et prénom : ..... Tél. privé/portable : .....

Adresse privée : ..... Signature du représentant : .....

---

### Représentant employeur

Nom et prénom : ..... Tél. privé/portable : .....

Adresse privée : ..... Signature du représentant : .....

### Représentant employeur

Nom et prénom : ..... Tél. privé/portable : .....

Adresse privée : ..... Signature du représentant : .....

### Représentant employeur

Nom et prénom : ..... Tél. privé/portable : .....

Adresse privée : ..... Signature du représentant : .....

---

Nom et prénom du président : .....

*Si ce champ n'est pas rempli, le représentant de l'employé par défaut, nommé président*

---

Lieu et date : ..... Timbre/Signature de l'employeur : .....

*En cas d'affiliation avec une seule personne assurée et de non-retour de ce formulaire, nous considérons la CPP comme renoncée. L'entreprise affiliée confirme que les différents représentants ont été élus selon les principes dictés par les art. 30 à 33 du règlement d'organisation.*