

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 est 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.