

COMPOSITION DE LA COMMISSION DE PREVOYANCE



Entreprise :

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 ou 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 l'art.12 et art. 13 du règlement d'organisation.