



FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LE REMPLOCANT

Ø Renseignements à communiquer par l'employeur

Toute modification concernant les informations renseignées dans ce formulaire devra être signalée, à l'ASBL OLD TIMER, par l'employeur dans les 8 jours de sa prise d'effet. S'il s'agit de l'engagement d'un nouveau remplaçant, le nouveau remplaçant devra compter à l'entrée en fonction une ancienneté maximum équivalente à celle du premier remplaçant. La cotisation sera réévaluée en fonction des années d'ancienneté du nouveau remplaçant.

Nom de l'employeur

.....

Numéro d'ONSS de l'employeur

.....

représenté par.....

déclare remplacer Monsieur/Madame :

Nom et prénom :

N° de registre national.....

En crédit-temps et bénéficiant du plan Tandem à partir du

Par Monsieur/ Madame :

Nom et prénom.....

Numéro de registre national :

Domicilié(e)

Né(e) le

Occupant la fonction de

Engagé dans l'institution depuis le

Ancienneté barémique:.....

Revenu brut :

Fait à Le

Signature de l'employeur.....

Pièces à joindre : copie du contrat de travail