

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

Affiliation et transfert de votre 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 _____

Si différent

Siège d'exploitation : Rue _____ N° _____ Bte _____
Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Envoi de la correspondance : Siège social Siège d'exploitation

Tél : _____ / _____ E-mail : _____

IBAN

Pour un compte belge compléter les cases grisées

BIC

3. Branche / secteur d'activité (merci de joindre une copie des statuts)

Procuration

- Je donne procuration à mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire pour **accéder de manière électronique** aux informations du dossier de ma société 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



Starters et indépendants

Je 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.

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

Déclaration de démission

Je déclare que ma société est affiliée à la Caisse d'assurances sociales suivante _____ sous le numéro _____ et démissionne de ladite Caisse d'assurances sociales pour affilier ma société à la Caisse d'assurances sociales UCM

Je déclare être affilié(e) à titre personnel à la Caisse d'assurances sociales suivante _____ sous le numéro _____ et démissionner de ladite Caisse d'assurances sociales pour m'affilier à la Caisse d'assurances sociales UCM
Fait à _____, le ____/____/____

Signature de la déclaration de démission précédée des mots « lu et approuvé »

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