

Contrat n°: Employeur:

Date de début du mandat :

La durée du mandat est de 4 ans à compter de cette date.

Représentants de l'employeur

Nom: Prénom:

Rue:

NPA, localité: Pays:

Téléphone: E-mail:

Rôle: Président Secrétaire* Membre

Nom: Prénom:

Rue:

NPA, localité: Pays:

Téléphone: E-mail:

Rôle: Président Secrétaire* Membre

Représentants des employés

Nom: Prénom:

Rue:

NPA, localité: Pays:

Téléphone: E-mail:

Rôle: Président Secrétaire* Membre

Nom: Prénom:

Rue:

NPA, localité: Pays:

Téléphone: E-mail:

Rôle: Président Secrétaire* Membre

* **Secrétaire** : le secrétaire peut être choisi hors du comité. Dans ce cas veuillez préciser :

Nom: Prénom:

Rue:

NPA, localité: Pays:

Téléphone: E-mail:



Le Comité de prévoyance confirme qu'il a été constitué conformément aux règles d'organisation en vigueur et qu'il a approuvé le choix de l'institution de prévoyance ainsi que du/des plan(s) de prévoyance.

Lieu et date :

Signature du Président : Signature du Secrétaire :