

N° d'enregistrement : ..... N° national du cotisant : .....

**- FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS A2 -**

**DISPENSE DE COTISATIONS SOCIALES DEMANDEE PAR UNE SOCIETE  
LEVEE DE RESPONSABILITE SOLIDAIRE**

FORMULAIRE A RENVOYER PAR RECOMMANDE A LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES

**PARTIE 1 : DONNEES CONCERNANT LA SOCIETE**

Dénomination : .....

Forme juridique : .....

Numéro d'entreprise : .....

Siège social :

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Téléphone: ..... Téléfax : .....

**PARTIE 2 : LE SIGNATAIRE DE LA DEMANDE**

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... Né(e) à : .....

Domicile :

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Numéro de téléphone: .....

Fonction dans la société : .....

**PARTIE 3 : OBJET DE LA DEMANDE**

1) La caisse d'assurances sociales réclame à votre société le paiement des cotisations dues par un associé ou un mandataire de celle-ci. Votre société demande à en être dispensée.

Veillez fournir ci-dessous les renseignements concernant cet associé ou ce mandataire :

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... Né(e) à : .....

Numéro national : .....

Domicile :

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....



## **PARTIE 5 : ANNEXES**

N'oubliez pas de joindre au formulaire:

- une copie des statuts de la société;
- une copie des trois derniers comptes annuels de la société;
- si le signataire est mandataire de la société, une copie de sa désignation comme mandataire, sauf s'il en est fait mention dans les statuts;
- éventuellement, une copie de tout autre document justifiant les difficultés financières de la société (voir partie 4);

Total des annexes = .....

## **PARTIE 6 : DECLARATION**

Je soussigné(e), ..... (nom).....(prénom)

déclare sur l'honneur que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.

Fait à :..... le ...../...../.....

(signature)

*N'oubliez pas de conserver une copie complétée de ce formulaire pour vous.*

*Veillez communiquer tout changement d'adresse, qui se produirait au cours de la procédure, au Greffe de la Commission des dispenses de cotisations,  
Centre Administratif Botanique – Finance Tower  
Boulevard du Jardin botanique 50, boîte 1 à 1000 Bruxelles.*

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements à caractère personnel est applicable au traitement des données obtenues par la Commission des dispenses de cotisations via ce formulaire.

Conformément à l'article 10 de la loi précitée, vous pouvez, à votre demande, prendre connaissance des données qui vous concernent dans notre fichier et obtenir la correction d'éventuelle erreurs.

Les données reprises dans le fichier sont seulement utilisées dans le cadre du traitement de la demande de dispense de cotisations et pour la récolte de données statistiques à caractère anonyme.