

DEMANDE DE PRESTATION

INFORMATIONS CONCERNANT LA SCOP OU LA SCIC

N° CONFÉDÉRAL :

DATE D'ADHÉSION : / /

IDENTITÉ SOCIÉTÉ :

NOM DU RESPONSABLE SIGNATAIRE
DES DEMANDES DE PRESTATIONS :

ADRESSE POSTALE

COMPLÉMENT D'ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

ADRESSE MAIL :

@

N° DE TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE :

INFORMATIONS CONCERNANT LA SALARIÉE (LA BÉNÉFICIAIRE), LE SALARIÉ (LE BÉNÉFICIAIRE) DE LA SCOP OU LA SCIC

NOM :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE POSTALE

COMPLÉMENT D'ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

ADRESSE MAIL :

@

DATE D'ENTRÉE : / / *Si temps partiel, durée de travail hebdomadaire* *ou Mensuelle*

LES AYANTS DROIT CONCERNÉS PAR LA DEMANDE :

CONJOINT : NOM / PRÉNOM :

/

ENFANTS À CHARGE FISCALEMENT : NOM / PRÉNOM :

/

/

/

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA SCOP OU DE LA SCIC

DATE DE LA DEMANDE : / /