

Données de l'entité (mandant)				
Numéro d'entreprise : Dénomination :	Numéro ONSS :			
Rue¹:		Numéro :		Boîte:
Code postal : C	Commune :		Pays:	
Données du prestataire de services (mandataire)				
N° d'entreprise : N° d'agrément ² : N° de la filiale ² : N° de la filiale ² : Dénomination :				
A. Donne le mandat au prestataire de services ou secrétariat social agréé précité pour agir en son nom et pour son compte.				
Le mandat porte spécifiquement sur le ou les groupe(s) d'applications suivant(s) 3 :				
Sécurité sociale	Risques sociaux		Autres	
DIMONA	DRS Chômage		Sigedis (DB2P - Employeur)	
DMFA	DRS Indemnités	Guichet Unique		
Services internationaux	☐ DRS Accidents di☐ Chômage tempor			
Trimestre de début : / - Trimestre de fin : /				
B. Confirme que le mandataire précédent (si d'application) a été résilié correctement.				
C. Fait élection de domicile, pour le ou les groupe(s) d'applications sélectionné(s), au siège / domicile du prestataire de services pour la réception de toute correspondance et des communications.				
D. Le mandat prend cours le 1er jour du trimestre d'affiliation susmentionné.				
Pour l'entité (mandant) :		Pour le prestataire (mandataire) :		
Date de signature :		Date de signature :		
Numéro de registre national :		Numéro de registre national :		
Nom et prénom :		Nom et prénom :		
Signature	Signature			

REMARQUES IMPORTANTES:

³ Le fait de cocher un ou plusieurs groupes d'applications implique que le prestataire de services ait accès au réseau électronique de la sécurité sociale ainsi qu'à l'infrastructure de base et aux logiciels nécessaires pour pouvoir gérer les obligations de l'employeur.



¹ Données d'adresse à remplir si pas de numéro d'entreprise.

 $^{^{2}\,\}mathrm{A}$ compléter si le prestataire de services est un SSA.