

Dénomination de l'entreprise : .....

 N° d'affiliation :      
**IDENTITÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

 N° registre national :       -       Langue :  FR  NL  DE  EN Sexe :  M  F

 Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Date de naissance : .../.../..... Nationalité : ..... Lieu de naissance (localité + pays) : .....

 Numéro de compte bancaire (IBAN) : **B E**                      BIC      
**Rémunéré à partir du :**      
**DONNÉES FISCALES**

 Dans sa déclaration d'impôts, le dirigeant d'entreprise opte pour les :  frais forfaitaires  frais réels

 Célibataire  Marié(e)  Veuf/Veuve  Cohabitant(e) légal(e)  Divorcé(e)  Séparé(e) de fait

Nom et prénom du/de la partenaire : ..... Date mariage/cohab. lég : .../.../.....

 Personne à charge : .....
 

Enfant(s)	dont	handicapé(s) (min 66%)	<input type="checkbox"/>	Partenaire à charge
Personne(s) - 65 ans	dont	handicapé(s) (min 66%)	<input type="checkbox"/>	Partenaire handicapé (min 66%)
Personne(s) + 65 ans	dont	handicapé(s) (min 66%)	<input type="checkbox"/>	Dirigeant d'entreprise handicapé (min 66%)

**COMPOSANTS SALARIAUX**
 Voiture de société : date 1<sup>e</sup> immatriculation (DIV) : .../.../..... N° immatriculation : .....

 CO<sub>2</sub> :     g Valeur cat. :       ,   € Carburant :  Diesel  Essence  LPG  Électricité

 Participation du dirigeant :  oui  non, si oui montant/mois : ..... €

COMPOSANT	MENSUEL	TRIMESTRIEL	NON PÉRIODIQUE	REMARQUES
Rémunération brute				
Indemnité de déplacement				
Prise en charge cotisations sociales				
Remboursement cotisations sociales				
Avantages locatifs				
Remboursement de frais				

COMPOSANT	Appareil	Abonnement	Internet	Forfait legal, si non montant mensuel
Téléphone	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non ..... €
PC/Laptop	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non ..... €
Tablette	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non ..... €
Avantage Internet	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non ..... €
Connexion internet seule			Oui/Non	Oui/Non ..... €

**NOTES**

 L'affilié autorise Group S à calculer la rémunération de la personne mentionnée dans le présent formulaire d'identification sans avoir reçu pour ce faire d'instructions de sa part. Ces instructions s'appliquent sauf avis contraire du client, le 10<sup>ème</sup> jour ouvrable du mois.

 OUI  NON

Le soussigné déclare, en accord avec le travailleur que toutes les données reprises sur la présente fiche sont exactes. L'employeur doit obligatoirement stipuler par écrit au secrétariat social toute modification des données reprises sur cette fiche.

---

DATE

---

SIGNATURE DU CHEF D'ENTREPRISE OU DE SON MANDATAIRE