

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 : .....