

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AUX TITRES-SERVICES Aide à la maternité pour les mères indépendantes

A RENOYER À VOTRE CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES

VEUILLEZ REMPLIR TOUS LES CHAMPS POUR QUE VOTRE INSCRIPTION SOIT PRISE EN COMPTE

Nom : Prénom :

Date de naissance/...../.....

NiSS* (Mention obligatoire)

ADRESSE REPRISE AU REGISTRE DE LA POPULATION

Rue : N° Boîte

Code Postal : Ville

Tel. : GSM :

Email :

N° de compte bancaire :

BIC :

Régime linguistique FR NL

Je souhaite faire usage des titres-services électroniques

Je souhaite faire usage des titres-services papier

DONNÉES DE LA CAISSE D'ASSURANCE

Nom :

Rue : N° Boîte

Code Postal : Ville

Tel. :

Reference. :

ADRESSE DE LIVRAISON (si différente de celle ci-dessus)

Rue : N° Boîte

Code Postal : Ville

Date/...../.....

Signature**

(*) Numéro d'identification du Registre national : verso de la carte d'identité.

(**) Le signataire s'engage à respecter les conditions d'utilisation du dispositif (A.R. du 12/12/2001 concernant les titres-services)