

Employeur : **Nom:**

Adresse:

.....

N° de Fonds ou N° d'ONSS:

Demande par la présente au fonds d'effectuer tous les remboursements relatifs aux suppléments en cas de chômage temporaire sur le numéro de compte suivant :

COMPTE N°:

Veillez remplir les données ci-dessous pour que nous puissions vous faire parvenir le détail de votre paiement.

E-MAIL:

N° tél. :

Personne à contacter :

Toute modification du numéro de compte ou de l'adresse e-mail doit être communiquée par écrit au Fonds.

Date:

Signature et nom de l'employeur:

Vous pouvez faire parvenir ce formulaire par:

- mail: ingrid@swfkleding.be
- ou envoyer au: Fonds Social Confection, Leliegarde 22 à 1731 Zellik