



RADIATION PERSONNE PHYSIQUE AUPRES DE LA B.C.E.

(nom et tél. de l'intermédiaire éventuel:)

DONNEES NECESSAIRES

NOM DU DEMANDEUR- CHEF D'ENTREPRISES:

.....

PRENOM:

RUE:

N°. CODE POSTAL:..... LOCALITE:.....

TEL:

E-MAIL :.....

NUMERO NATIONAL:.....

N° T.V.A./ENTREPRISES:

DATE DE CESSATION:.....

MOTIF DE CESSATION:.....

Nom et prénom:.....

DATE:

Signature,

Documents à joindre :- carte(s) d'ambulant si vous en possédez.
La cessation ne pourra être enregistrée qu'à la réception de la présente, accompagnée des documents nécessaires et après réception du versement des frais.
Tarif officiel pour radiation: 90,50 EUR (par unité d'établissement)
à verser sur le compte d'Eunomia BE72 3632 1085 6216