



L'Entraide

Member of EASYPAY GROUP

Partenaire:

Numéro :

DECLARATION DE DEMISSION D'UN(E) INDEPENDANT(E)

Je soussigné(e),

Nom:

Prénom:

Numéro de Registre National:

Profession:

Adresse:

légalement affilié(e) à la caisse d'assurances sociales:

déclare formellement démissionner de ladite caisse d'assurances sociales et
s'affilier à la Caisse d'Assurances Sociales de **L'ENTRAIDE**.

Fait le:

Signature Digital:
[cliquez ici pour plus d'informations](#)

Signature:
Papier ou PDF-Sign