

Mandat

① Veuillez compléter toutes les cases de ce formulaire, lisiblement et en lettres MAJUSCULES.

1. Je soussigné(é)

Numéro

Nom
Prénom

Domicilié à

Rue
Numéro / Boîte

Localité
Code postal

2. Déclare donner à

Nom
Prénom

Rue
Numéro / Boîte

Localité
Code postal

Travaillant pour

CPAS **Si oui, précisez**

Autres **Si oui, précisez**

3. Mandat aux fins de

Demander et recevoir les informations suivantes relatives à mon dossier :
Précisez

Effectuer les démarches administratives suivantes relatives à mon dossier :
Précisez

4. Signature(s)

Le mandat est valablement consenti pour une durée de 12 mois à compter de la date de signature du présent mandat.

Fait à Date

.....