

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
 E-mail Téléphone

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

.....