

**Formulaire de demande de remboursement
de l'allocation en cas de retrait définitif de sélection médicale**



A retourner au:

Fonds Social des entreprises de taxis et des services de location de voitures avec chauffeur
Avenue de la Métrologie 8
1130 Bruxelles
Fax: 02/245.80.48
E-mail: info@taxi-info.be

Nom de l'employeur ou de l'entreprise:

Adresse:

Code Postal:..... Localité :.....

L'employeur soussigné déclare sur l'honneur que le chauffeur ci-dessous est à son service depuis au moins 5 ans et qu'il lui a payé le..... une allocation de **€ 1.064,41** pour le retrait définitif de sélection médicale¹.

Date:

Signature de l'employeur:

Remboursement sur le compte bancaire de l'employeur : BE

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

Le chauffeur soussigné:

Nom, Prénom:.....

Adresse:

Code Postal:..... Localité:

reconnaît avoir reçu de son employeur le.....une allocation de **€ 1.064,41** à l'occasion du retrait définitif de son certificat de sélection médicale.

Date:

Signature du chauffeur:

¹ La preuve du retrait du certificat doit être annexée au formulaire.