

FONDS FEBELGRA

Régime de Chômage avec Complément d'entreprise Ouvriers-ouvrières de la C.P.130

Nom et adresse/cachet de l'employeur :

FONDS FEBELGRA asbl
Place du Champ de Mars 2
1050 Bruxelles

N° de l'employeur auprès du Fonds Febelgra :

DÉCOMPTE TRIMESTRIEL (*) DU COMPLÉMENT D'ENTREPRISE

Concerne : le complément d'entreprise du RCC par ouvrier-ouvrière

Décompte pour la période allant du/...../202... au/...../202....

Nous vous informons par la présente que notre entreprise a versé le complément d'entreprise aux ouvriers et ouvrières repris(es) ci-dessous:

N° de registre national	Nom-Prénom	Complément d'entreprise/trimestre
		EUR
	TOTAAL	EUR

Le remboursement du complément d'entreprise trimestriel s'élève àEUR

Veuillez verser ce montant total sur le numéro de compte

IBAN

Code BIC

Signature

Date

*Trimestre calendrier

