### DECLARATION DE CREANCE POUR LE REMBOURSEMENT DU CONGE-EDUCATION PAYE

**Vos personnes de contact**: Esther Schröder et Yasmin Cools

Tel.: +32 (0)87 876 780 ou +32 (0)87/596 397 ou 612; Email: bildungsurlaub@dgov.be

Gospertstraße 1, 4700 Eupen

Je soussigné(e), (NOM, PRENOM)

agissant en qualité d‘employeur [ ]  de préposé d’employeur [ ]  de mandataire d’employeur [ ]

de la firme (NOM et ADRESSE complète): **Unités d’établissement concernées**

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
|       |       |
|       | **E-mail de l’employeur**: |
|       |      @      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° O.N.S.S. de l‘employeur :** |       | **N°BCE de l’employeur:** |       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de la commission paritaire: |       | (ouvriers) |       | (employés) |       | (mixte) |

 demande le remboursement du congé-éducation payé pour l’année scolaire 20\_\_\_-20\_\_\_ pour les travailleurs suivants:

|  |  |
| --- | --- |
| NUMERO DE LA FICHE INDIVIDUELLE | **NOM ET PRENOM DES TRAVAILLEURS BENEFICIAIRES DU CONGE-EDUCATION PAYE** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| La somme à rembourser est à verser au compte n°: | ouvert au nom de:       |
| IBAN: BE      |       |
| BIC:       |  |

PERSONNE A CONTACTER DANS L’ENTREPRISE (NOM ET n° de téléphone direct) **DATE ET SIGNATURE DU DECLARANT**

Nom:

Tel.:

E-mail: