**VOS COORDONNEES**

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNE PHYSIQUE** | OUI / NON |
| **PERSONNE MORALE** | OUI / NON |
| **NOM OU APPELLATION** |  |
| **PRENOM** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  |
| **REGISTRE NATIONAL** |  |
| **NUMERO DE CARTE D’IDENTITE** |  |
| **NUMERO DE TVA** |  |
| **NUMERO DE VOTRE ENTREPRISE** |  |
| **VOTRE ACTIVITE** |  |
| **ADRESSE** |  |
| **CODE POSTAL** |  |
| **LOCALITE** |  |
| **N° DE GSM** |  |
| **VOTRE ADRESSE ELECTRONIQUE** |  |
| **SEXE** | H / F |
| **POIDS** |  |
| **TAILLE** |  |
| **FUMEUR** | OUI / NON |

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE DU DEBUT DE VOTRE ACTIVITE** |  |
| **REVENUS BRUTS ANNEE PRECEDENTE** |  |
| **MONTANT DE VOS CHARGES PROFESSIONNELLES ANNEE PRECEDENTE** |  |

**CHOIX DE VOTRE PLCI**

|  |  |
| --- | --- |
| **PLCI NORMALE** | OUI / NON |
| **PLCI SOCIALE** | OUI / NON |
| **PLCI DISPENSATEUR DE SOINS SALARIE** | OUI / NON |
| **INAMI** | OUI / NON |

**CHOIX DE VOTRE COTISATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **MAXIMUM FISCAL** | OUI / NON |
| **% DE VOTRE DERNIER REVENU DE REFERENCE** | OUI / NON |
| **COITSATION FORFAITAIRE DE**  | €/AN |