

# ATTESTATION DE REPRÉSENTATION ET D'INDEMNISATION <sup>1</sup>

**Nous :**

Indiquer ici les informations relatives à l'entité qui se fait représenter.

1) **Données concernant le mandant**

Nom ou dénomination	Commune de Test	
Rue, Numéro	123, rue des Bois	
Code Postal, Localité	L-4567 LUXEMBOURG	Code Pays LU

attestons sur l'honneur que la personne désignée ci-après :

Indiquer ici les informations relatives à la personne qui représente l'entité.

2) **Données concernant le mandataire**

MATRICULE DU MANDATAIRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	1
Nom(s)	MUSTERMANN						Prénom(s)	Max					

a agi en notre nom et pour notre compte auprès de :

Indiquer ici les informations relatives à l'organisme auquel participe le mandataire pour le compte du mandant.

3) **Données concernant l'entité au sein de laquelle le mandataire est représentant**

Nom ou dénomination	Syndicat intercommunal de ...	
Numéro RCSL (si existant)	J000	
Rue, Numéro	456, rue des Cerises	
Code Postal, Localité	L-6789 LUXEMBOURG	Code Pays LU
Nature de l'organe décisionnel auprès duquel l'assuré a siégé	Comité	

pour la période et l'indemnisation suivantes :

4) **Données concernant la période**

Année civile (AAAA)	2	0	2	2	Fin (JJ/MM)	3	1	1	0
Début (JJ/MM)	0	7	0	8					

5) **Données concernant le montant perçu**

Rémunération perçue par le mandataire pour ses fonctions au sein de l'entité représentée au cours de l'année indiquée.

Montant annuel						8	5	3	,	0	0	€
----------------	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---

Nom du signataire

Renseigner ici le nom de la personne qui complète et signe le formulaire.

Fonction du signataire

Renseigner ici la qualité de la personne qui complète et signe le formulaire (ex: Bourgmestre, secrétaire, C.E.O., etc.)

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Lieu

Date

Signature

Réservé à l'administration



Code Archivage  
C179 (V202305)

<sup>1</sup> Tous les champs à compléter sont obligatoires pour pouvoir bénéficier des dispositions des articles 4 alinéa 5 et 177 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.