CCSS
Centre commun de la sécurité sociale
Adresse postale : L-2975 Luxembourg
www.ccss.lu/contact | Tél.: 40141-1

ATTESTATION DE REPRÉSENTATION ET D'INDEMNISATION [1]

Nous :

1) Données concernant le mandant

Nom ou dénomination _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Code Pays _____

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

2) Données concernant le mandataire

MATRICULE DU MANDATAIRE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom(s) _____ Prénom(s) _____

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

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

Nom ou dénomination _____

Numéro RCSL (si existant) _____

Rue, Numéro _____

Code Postal, Localité _____ Code Pays _____

Nature de l'organe décisionnel auprès duquel l'assuré a siégé _____

pour la période et l'indemnisation suivantes :

4) Données concernant la période

Année civile (AAAA) ☐☐☐☐

Début (JJ/MM) ☐☐☐☐ Fin (JJ/MM) ☐☐☐☐

5) Données concernant le montant perçu

Montant annuel ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **€**

Nom du signataire _____

Fonction du signataire _____

_____ , le _____ Imprimer Effacer

Lieu Date Signature

Code Archivage
C179 (V202305)

Réservé à l'administration

[1] 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.