

**Attestation de l'employeur pour les groupements  
relative aux frais administratifs et toute autre  
intervention provenant d'une autorité concernant un  
employé administratif**

Sur la base du dossier et/ou des documents présentés :

1- **la personne morale,**

L'employeur, \_\_\_\_\_  
représenté par \_\_\_\_\_ (indiquer le nom et prénom du responsable)

ou

2- **L'association sans personnalité juridique**

L'employeur, \_\_\_\_\_  
représenté par tous les médecins faisant partie de l'association précitée ou de  
celui/ceux qui la représente(nt) conformément à la déclaration de cette association  
signée par tous les médecins)

Médecin 1: \_\_\_\_\_

Médecin 2: \_\_\_\_\_

Médecin 3: \_\_\_\_\_

Médecin 4: \_\_\_\_\_

Médecin 5: \_\_\_\_\_

a engagé l'employé (indiquer nom + prénom du collaborateur administratif):  
\_\_\_\_\_

Pendant la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Dans les liens d'un contrat de travail qui garantit un salaire correspondant au moins au  
barème et au **temps de travail minimum de 13h/semaine** fixé par la commission  
paritaire 330.04 compétente pour la mise au travail d'un employé chargé de l'accueil et  
de la gestion de la pratique.

L'employeur précité a exposé les frais suivants :

- 1) des frais administratifs d'affiliation du service externe pour la prévention et la protection du travail :

\_\_\_\_\_

- 2) des frais administratifs de l'assurance pour les accidents de travail :

\_\_\_\_\_

L'employeur précité a perçu les interventions suivantes :

- 3) toute autre intervention et/ou subside perçus provenant de toute autorité:

\_\_\_\_\_

Les employé(e)s concerné(e)s : \_\_\_\_\_

Total : 1+2-3 = _____ EUR
---------------------------

Date :

signature :

**En cas de personne morale, signature du responsable**

**En cas d'association sans personnalité juridique, signature par tous les médecins faisant partie de l'association précitée ou de celui/ceux qui la représente(nt) (conformément à la déclaration de cette association signée par tous les médecins)**