**Annexe 2 – Données relatives aux employés administratifs supplémentaires.**

NB : Pour chaque employé supplémentaire, veuillez compléter cette annexe.

**EMPLOYE ADMINISTRATIF**

1. **Identité de l’employé**

Nom………………………………………………………………………………………….Prénom…………………………………………………………………….

Adresse …………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro tél/GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….…………………………………………….

Lieu de naissance………….………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sexe : ◊ M ◊ F

Nationalité………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de registre national………………………………………………………………………………………………………………………………………

Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année …………………………………………………………………….

1. **Données relatives aux prestations de l’employé**

Date de début d’engagement par le médecin………………………………………………………………………………………………………….

Date de fin d’engagement par le médecin ……………………………………………………………………………………………………………….

Nombre de mois complets d’emploi…………………………..…………………………………………….…………………………………………….

Pourcentage équivalent temps plein de l’emploi…………………………………………………………………………………………………….

Nombre d’heures prestées par semaine…………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Données relatives au coût salarial global**

Coût salarial indiqué sur l’attestation du secrétariat social (eur)…………………………..…………….……………………………….

Coût salarial indiqué sur l’attestation de l’employeur (eur)..………………………………………………………………………………….

Coût salarial global (addition des deux coûts repris ci-dessous) – eur …………………………………………………………………….