**Attestation de l’employeur pour les groupements en ce compris les maisons médicales relative aux frais administratifs et toute autre intervention provenant d’une autorité concernant un employé administratif**

*Cette attestation entre dans le cadre de la prise en charge d'une* ***partie du coût salarial*** *relatif à l’employé qui assiste les médecins dans l’accueil et la gestion de la pratique.*

Sur base du dossier et/ou des documents présentés :

1. **la personne morale**,

employeur,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nom à indiquer) représentée par\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indiquer le nom et prénom du responsable)

ou

1. **l'association de fait**

employeur,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nom éventuel à indiquer)

représentée par tous les médecins faisant partie de l'association précitée ou de celui/ceux qui représente(nt) l’association de fait 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 fixé par la commission paritaire 305.2 (depuis 01/01/2008 CPS 330.04) compétente pour la mise au travail d’un employé chargé de l’accueil et de la gestion de la pratique dans une pratique de médecine générale.

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 :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. des frais administratifs de l’assurance pour les accidents de travail :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. de frais administratifs d’affiliation au secrétariat social reconnu:

­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L'employeur précité a perçu les interventions suivantes :

1. toute autre intervention provenant de toute autorité:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Total : 1+2+3-4 = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EUR |

Date En cas de personne morale, signature du responsable

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