FEDRIS

AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS

PROGRAMME DE PREVENTION SECONDAIRE DES LOMBALGIES
Demande de remboursement de l'intervention ergonomique

Veuillez compléter le formulaire ci-dessous et le renvoyer électroniquement à ***Fedris*** *preventiondos@fedris.be accompagné de :*

- *la facture de l'intervention ergonomique*
- *un rapport circonstancié de l'intervention*

1 DONNEES TRAVAILLEUR

1.1 NISS : ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐ 1.2 Date de naiss. : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

1.3 Nom : _____ 1.4 Prénoms : _____

2 DONNEES EMPLOYEUR

2.1 Nom : _____

2.2 Adresse : _____

2.3 IBAN : ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2.4 Personne de contact :

Nom, prénom : _____ Tél : _____

DONNEES SE(I)PP *(Service responsable du rapport d'intervention ergonomique)*

3.1 Nom : _____

3.2 Adresse : _____

Date : ___ / ___ / 20 ___

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR