****

**a.s.b.l. Service social
du Service public fédéral de Programmation**

**Politique scientifique**

WTC III- Boulevard Simon Bolivar 30 boite 7 ▪ B-1000 BRUXELLES
Tél. 02 238 35 61 - Tél. 02 238 34 11
www.belspo.be/soc

|  |
| --- |
| A close up of a pair of glasses  Description automatically generatedA close up of a pair of glasses  Description automatically generated**Demande d’intervention dans l’achat** **des lunettes/lentilles** |

**A compléter en lettres capitales :**

Nom et prénom de l'agent :

Adresse personnelle :

E-mail :

N° de téléphone - Privé :       - Bureau :

Employeur : veuillez choisir votre employeur dans la liste/dropdown ici : Choose an item.

Statut : [ ]  contractuel à durée indéterminée/statutaire

 [ ]  contractuel à durée déterminée (durée à préciser):

[ ]  pensionné

Niveau :

N° de compte : BE

Avez-vous déjà bénéficié d’une intervention de la mutuelle ou d’un quelconque organisme

(assurance, employeur, ....) [ ]  Oui [ ]  Non.

Si oui, laquelle ? (Joindre preuve de l’intervention).

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Montant de la facture de l’achat des lunettes ou lentilles (ajoutez une preuve d'achat à votre demande) | €       |
|  | Date de la préscription de l’ophtalmologue (ajoutez une copie de l'ordonnance de l'ophtalmologue à votre demande) |       |

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète et que je ne bénéficie pas d'un autre service social octroyant le même avantage.

J'autorise le service social à demander les justificatifs qu'il juge nécessaires.

[ ]  J'accepte la déclaration de confidentialité

Pensez à l'environnement svp favorisez les envois de vos dossiers par email: **secr.soc@belspo.be**

Fait à :       le

Signature : ....................................................................

Enregistrez votre document en PDF et signez-le électroniquement.