



DEMANDE D’AFFILIATION

Société

- Fabricant et distributeur Distributeur Grossiste-distributeur Fabricant à façon
- Fournisseur d'ingrédients – distributeur Fournisseur d'ingrédients – fabricant
- Laboratoire d'analyse Consultant/prestataire de services Autre :

Nom

Forme juridique

Adresse

Numéro TVA

E-mail facturation

Représentée par

Nom

Fonction

Tél. direct

E-mail direct

(paraphe ici svp)



Ci-après dénommée "l'entreprise", souhaite s'affilier be-sup, la Fédération belge de l'Industrie des compléments alimentaires à partir du _____ pour une durée indéterminée.

L'affiliation se fait pour une période minimum d'un an.

La notification de la cessation de l'affiliation doit se faire impérativement **par écrit** avec mention de la raison de cessation, **au plus tard le 30 septembre de l'année précédant l'année où la cessation aura effet**. (Article 7 des [statuts](#) de be-sup).

Pour toute notification d'annulation reçue **après cette date**, la cotisation pour l'année suivante restera due.

Contact pour votre société chez be-sup

Nom et coordonnées de la personne qualifiée pour agir au nom de l'entreprise dans ses relations avec be-sup.

Nom

Prénom

Adresse

Fonction

Tél. direct

Fax direct

E-mail direct

Fait le _____ à _____ .

Nom

Signature

** Vous pouvez signer électroniquement dans le fichier PDF.*