**Formulaire de demande d’accès à la plateforme Extranet du Fonds 4S**

Ce formulaire vous permet de renseigner une personne de contact au Fonds 4S. Cette personne :

* Disposera d’un accès à la **plateforme Extranet** du Fonds. Celle-ci permet de gérer les demandes de financement de l’asbl ainsi que les inscriptions aux formations du catalogue FormAction. Pour plus d’informations : [www.fonds-4s.org/soutien-formation/extranet](http://www.fonds-4s.org/soutien-formation/extranet)
* Recevra par voie électronique le **décompte annuel**, transmis dans le courant du 1e trimestre.

Ce formulaire est à transmettre par mail à [fonds-4s@apefasbl.org](mailto:fonds-4s@apefasbl.org). La personne identifiée recevra dans les jours qui suivent un identifiant et un mot de passe lui permettant de se connecter à l’Extranet.

Si les données reprises dans ce formulaire sont amenées à changer, merci de nous transmettre un document actualisé.

**La personne de contact identifiée aura accès aux données privées du personnel de l’institution. L’identifiant et le mot de passe sont donc personnels et ne peuvent pas être transmis ou utilisés par un tiers.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations concernant l’asbl** | |
| Numéro d’immatriculation à l’ONSS |  |
| Numéro d’entreprise |  |
| Nom de l’ASBL |  |
| Adresse postale |  |
| E-mail général |  |
| Site web |  |
| L’asbl est-elle assujettie à la TVA ? | Oui  Non |
| Secteur d’activité de l’asbl | Choisissez un élément. |
| Numéro de compte bancaire | BE |
| Organe(s) de concertation sociale présent au sein de l’asbl: | Conseil d’Entreprise (CE)  Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT)  Délégation Syndicale (DS)  Aucun |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations concernant la personne de contact** | |
| Nom et prénom de la personne de contact |  |
| Fonction de la personne de contact |  |
| N° de téléphone (ligne directe) |  |
| E-mail : De préférence une adresse nominative (pas d’e-mail général de type *info@monasbl.be*) |  |
| Je souhaite m’inscrire à la newsletter du Fonds 4S | Oui  non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature du responsable de l’institution** | |
| Nom et prénom du responsable de l’institution |  |
| Fonction |  |
| E-mail |  |
| Je souhaite m’inscrire à la newsletter du Fonds 4S | Oui  Non |
| Signature |  |