

# DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL

URSSAF DE

A , le

www.urssaf.fr

**POUR NOUS CONTACTER**

Nom, prénom

Adresse

**RÉFÉRENCES**

NNI

N° Siret

N° Compte

N° TI

N° Pièce

Page

**REVENUS DE L'ANNÉE : 2010**

Madame, Monsieur,

Afin de procéder au calcul de vos cotisations, je vous adresse la présente déclaration. Je vous invite à retourner ce document complété, daté et signé avant le JJ/MM/AAA. À défaut, je me verrais contraint d'appeler vos cotisations sur une base forfaitaire (procédure de taxation d'office). Mes collaborateurs se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Respectueusement,  
Le Directeur

	Bénéfices					Déficits				
<b>A - Montant des revenus de l'activité conventionnée</b> <small>(y compris les revenus de remplacement, exonérations et déductions fiscales)</small>										
<b>B - Montant des autres revenus professionnels non salariés</b>										
<b>C - Montant des revenus de remplacement</b>										
<b>D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires</b>										

**Veillez compléter votre taux Urssaf en ne mentionnant que 2 décimales.**  
Si au titre de l'année 2010, ce taux Urssaf ne vous a pas été communiqué en raison de votre statut de remplaçant(e), veuillez mettre un 0 dans la case Taux Urssaf.

Merci de reporter ci-dessous le taux Urssaf qui figure sur votre relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) de l'année 2010.

E - Taux Urssaf :  ,

**CADRE LÉGAL**

La loi du 6/01/78 modifiée, relative à l'informatique et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les dossiers vous concernant auprès de notre organisme.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à signaler immédiatement toute modification ultérieure de mon revenu.

le : / /

**Date limite d'envoi**

Signature

**RÉSERVÉ À L'ORGANISME**

N° Siret  
N° Compte  
N° TI  
N° Pièce

URSSAF DE