

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

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