

# CONTRIBUTION SUR LES DÉPENSES DE PROMOTION DES MÉDICAMENTS

## ENTREPRISES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

www.urssaf.fr

Année : \_\_\_\_\_

Raison sociale de l'entreprise utilisatrice : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### RÉFÉRENCES

N° Siret

N° Compte

Page 1/4

**Objet : Attestation des entreprises mettant à disposition de la main d'œuvre**

### CADRE LÉGAL

#### Éléments d'assiette visés par l'article L. 245-2 du code de la Sécurité sociale

Les renseignements produits doivent être déclinés sur trois volets :

##### 1 / Par spécialité pharmaceutique (voir volet 1 joint) :

Les montants facturés ou les montants des contrats par spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la Santé publique.

##### 2 / Par cumul annuel (voir volet 2 joint) :

- le montant de la rémunération des personnes mises à disposition ;
- le montant détaillé des charges sociales ;
- le montant détaillé des charges fiscales ;
- le montant des frais remboursés aux personnes mises à disposition.

##### 3 / Par année pour chaque personne concernée, selon le principe de remplissage de la Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) (voir volet 3 joint) :

- nom
- prénom
- fonction exercée pour le laboratoire
- périodes (date de début et date de fin)
- rémunération brute
- frais remboursés (transport, repas, hébergement)

Cette attestation établie par les entreprises mettant à disposition de la main d'œuvre doit permettre au laboratoire pharmaceutique utilisateur mentionné ci-dessus de justifier des éléments d'assiette de la contribution visée aux articles L. 245-1 et suivants du code de la Sécurité sociale pour l'établissement de la déclaration (cerfa n°)

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE L'ENTREPRISE METTANT À DISPOSITION DE LA MAIN D'ŒUVRE

Raison sociale	_____
Adresse du siège social	_____
Numéro Siren	_____
Numéro cotisant Urssaf	_____
Code APE	_____
Personne en charge de l'élaboration de l'attestation	_____
Coordonnées téléphoniques	_____

Je soussigné(e), ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés.

Fonction du signataire : .....

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

le :    /    /

Signature



Raison sociale de l'entreprise \_\_\_\_\_ Date d'échéance de la déclaration : \_\_\_\_\_ Laboratoire utilisateur : \_\_\_\_\_

RUBRIQUES	MONTANT
<b>Rémunération brute des personnes mises à disposition</b>	
<b>Charges sociales détaillées afférentes aux rémunérations</b>	
<b>Charges fiscales détaillées afférentes aux rémunérations</b>	
<b>Frais remboursés aux personnes mises à disposition</b>	
<b>TOTAL POUR L'ANNÉE</b>	

