

VERSEMENT (*) :

POUR LE MOIS DE :

POUR LE TRIMESTRE

POUR L'ANNEE :

(*) RAYER LA MENTION INUTILE

Collectivité :

Adresse :

BORDEREAU DE VERSEMENT DE COTISATIONS

Catégorie	Effectif des salariés	Montant des salaires (*)	Taux de cotisations 0.80+0.40 = 1.20 %
REGIME GENERAL Agents soumis au Régime Général pour l'ensemble des risques			
REGIME CNRACL Agents permanents affiliés à la CNRACL			
AUTRES Contractuels, rémunérations accessoires, etc... <u>Sauf CES, CEC, EMPLOI-JEUNES (Titulaire d'un contrat de droit privé)</u>			

A Mandater

TOTAUX

(*) Tel qu'il apparaît aux états liquidatifs mensuels ou trimestriels dressés pour le règlement des charges sociales dues aux organismes de sécurité sociale, au titre de l'assurance maladie.

Somme que je vous prie de bien vouloir verser à la Pairie Départementale
Banque : BDF NANCY
Etablissement : 30001 Guichet : 00583
N° Compte : C5430000000 Clé RIB : 27

Date :

L'Autorité Territoriale
(cachet et signature)

Date limite de versement le 15 du mois suivant

N° de cotisant à rappeler lors de votre mandatement
En respectant votre périodicité