

N° adhérent ➔

Bordereau ➔

Médecin ➔

Destinataire

Appel de COTISATION ————— **Année 2006**

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE BORDEREAU, N'HESITEZ PAS A NOUS CONTACTER : Tél : 01 47 58 64 14
 Cette déclaration est obligatoire, afin de nous permettre de planifier le suivi médical de vos salariés.

Bordereau à nous retourner AVANT le :

1 ▶ Déclaration de votre effectif salarié

EFFECTIFS	Dont Surveillance Médicale Renforcée (*)					TOTAL SALARIÉS
	SMRR	SMRN	SMRB	SMRP	SMRI	
	+	+	+	+	=	
À la date d'adhésion						

* SURVEILLANCE MEDICALE RENFORCEE

- SMRR : Effectif soumis à une surveillance médicale renforcée correspondant à l'article L 231-2, à l'arrêté du 11 juillet 1977, à l'article R 241-50
- SMRN : Effectif soumis à une surveillance médicale renforcée pour travail de nuit
- SMRB : Effectif soumis à une surveillance médicale renforcée dans le cadre d'un accord de branche
- SMRP : Effectif soumis à une surveillance médicale renforcée liée au statut du salarié
- SMRI : Personnel intérimaire sous surveillance médicale renforcée, dans l'entreprise utilisatrice

2 ▶ Calcul de votre cotisation

TOTAL SALARIES		TAUX	MONTANT
Salaires plafonnés déclarés TRANCHE A Base URSSAF à l'adhésion	[A]	0.355%	[B] €
		COTISATION	MINIMUM 65€HT/SALARIE
Droits d'entrée par salarié	[A]	5€	[C] €
		T V A acquittée sur les encaissements 19,6 %	[D] €
		TOTAL des cotisations T.T.C.	[E] €TTC

Reporter dans le cadre [E], la somme des cadres [B] [C] et [D]

3 ▶ Votre règlement - PENSEZ À NOUS RETOURNER LA LISTE DE VOTRE EFFECTIF COMPLÉTÉE.

Paiement à l'ordre d' AMÉDICLEN

À.....Le

CHÈQUE BANCAIRE

Certifié conforme aux éléments portés sur la déclaration URSSAF

N° Banque :.....

Cachet entreprise et signature

VIREMENT (joindre l'avis de virement)

Références bancaires :