

Service Protection Sociale Complémentaire - Santé

ANNEXE 2 (à retourner au CDG au plus tard le 31 janvier de l'année en cours)

TABLEAU DECLARATIF – ASSIETTE DE LA COTISATION ANNUELLE

COLLECTIVITE :	
Personne à joindre chargée de la facturation :	NOM : Prénom : Fonction : Téléphone : Courriel : Merci de privilégier une adresse mail générique (finances, comptabilité...) à une adresse personnelle.

CATEGORIE DE PERSONNEL	EFFECTIF DE LA COLLECTIVITE
Agents affiliés à la CNRACL et à l'IRCANTEC Doit être indiqué le nombre d'agents figurant sur l'état récapitulatif des charges URSSAF déclarées au titre de l'exercice N-1.	

MONTANT DE LA COTISATION DUE (Se référer à l'annexe 1)	
NUMERO ENGAGEMENT COMPTABLE	

ATTENTION : Vous recevrez un appel à cotisation ultérieurement. N'effectuez aucun virement maintenant.

Fait à, le

Le Maire ou Le Président(e),

.....
(signature et cachet)

**CET ETAT DOIT IMPERATIVEMENT ETRE RETOURNE
AU PLUS TARD LE 31 JANVIER DE L'ANNEE EN COURS
PAR MAIL : protection.sociale@cdg30.fr**