

**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

AGIRC

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire : euro (9)

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél :

Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez : ☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du : ☐ je continue mon activité sans personnel depuis le ☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant ☐ très temporairement : maintenez mon compte Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période : TOTAL : 1	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
	22110 ART. 4/4B CET	1	1500.00	0.3500	5.00
	22112 ART. 4/4B GMP	1	290.00	20.3000	59.00

Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période : 1

Date et signature

TOTAL
Acomptes versés
Régularisations div.
Montant à payer
(euros)

64.00

Références paiement :

64.00

Ne pas dépasser la zone tramée SVP



**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

APEC

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire :

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél :

Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez :	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du : ☐ je continue mon activité sans personnel depuis le ☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant ☐ très temporairement : maintenez mon compte Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période :	***** NEANT	*****	*****	*****	*****

Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période :

Références paiement :

Date et signature

TOTAL
Acomptes versés
Régularisations div.
Montant à payer

Ne pas dépasser la zone tramée SVP



**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

ARRCO

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire : euro (9)

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél :

Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez : ☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du : ☐ je continue mon activité sans personnel depuis le ☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant ☐ très temporairement : maintenez mon compte Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période : TOTAL : 4	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
	22001 CADRES ART. 4 & 4 B	1	1500.00	7.5000	113.00
	22031 T1 AGFF	1	1500.00	2.0000	30.00
	24001 NON CADRE COTISATIO	3	4463.00	7.5000	335.00
	24031 T1 AGFF	3	4463.00	2.0000	89.00

Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période : 4

Date et signature

TOTAL
Acomptes versés
Régularisations div.
Montant à payer
(euros)

567.00

Références paiement :

567.00

Ne pas dépasser la zone tramée SVP



**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

ASSEDIC

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire : euro (9)

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél : Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez : ☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du : ☐ je continue mon activité sans personnel depuis le ☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant ☐ très temporairement : maintenez mon compte Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période : TOTAL : 4 HOMMES : 2 FEMMES : 2	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
	20100 ASSURANCE CHOMAGE T 20301 FONDS NATIONAL DE G	4 4	5963 5963	6.4000 0.1500	382 9
Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période : 4		Date et signature		TOTAL Acomptes versés Régularisations div. Montant à payer (euros)	
Références paiement :		Ne pas dépasser la zone tramée SVP		391.00 391.00	



**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

Prévoyance cadre

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire :

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél :

Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez : ☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du : ☐ je continue mon activité sans personnel depuis le ☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant ☐ très temporairement : maintenez mon compte Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période :	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
	***** NEANT	*****	*****	*****	*****

Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période :

Références paiement :

Date et signature

TOTAL
Acomptes versés
Régularisations div.
Montant à payer

Ne pas dépasser la zone tramée SVP



**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

Prévoyance non cadre

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire :

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél : Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez :	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du :	***** NEANT	*****	*****	*****	*****
☐ je continue mon activité sans personnel depuis le					
☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant					
☐ très temporairement : maintenez mon compte					
Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période :					

Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période :

Références paiement :

Date et signature

TOTAL
Acomptes versés
Régularisations div.
Montant à payer

Ne pas dépasser la zone tramée SVP



**DECLARATION UNIFIEE DE COTISATIONS SOCIALES**

Société Exemple SA
11 rue de Cambrai

Cotisations du 01/01/2008 **au** 31/01/2008
JANVIER 2008 0811 PAGE 1 / 1

75017 PARIS

Tél : 0155263863 Fax : 0155263331

URSSAF
100, Rue de Paris

N° SIRET ou MSA 73282932000017 APE :

93100 Montreuil

N° interne :

Groupe interne :

Unité monétaire : euro (9)

Déclaration exigible à partir du :

Date limite de dépôt de la déclaration le :

Cotisations à régler au plus tard le :

Salaires versés le :

Tél : Fax :

Si vous n'avez pas occupé de personnel durant la période considérée indiquez :	Code et libellé de la cotisation	Nb salariés ou assurés	Base	Taux ou quantité	Montant
☐ j'ai cessé totalement mon activité à compter du :	100D RG CAS GENERAL	4	5963	21.9500	1309
	100P RG CAS GENERAL	4	5963	15.0500	897
	108D TAXE SUR CONTRIBUTI	1	23	8.0000	2
	236D FNAL SUR TOTALITE D	4	5963	0.4000	24
☐ je continue mon activité sans personnel depuis le	260D C S G / C.R.D.S REG	4	6009	8.0000	481
	671 REDUCTION FILLON	4			619-
	900 TRANSPORT	4	5963	2.5000	149
☐ définitivement : suspendez mon compte j'en demanderai la réouverture le cas échéant					
☐ très temporairement : maintenez mon compte					
Nombre de salariés ou d'assurés au dernier jour de la période :					
TOTAL : 4					

Nombre de salariés ou d'assurés rémunérés dans l'établissement pour la période : 4	Date et signature	TOTAL	2243.00
Références paiement :		Acomptes versés	
		Régularisations div.	
		Montant à payer	2243.00
		(euros)	

Ne pas dépasser la zone tramée SVP

