

# DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

PRATICIEN OU AUXILIAIRE MÉDICAL

URSSAF DE

A , le

www.urssaf.fr

**POUR NOUS CONTACTER**

Nom, prénom

Adresse

**RÉFÉRENCES**

NNI  
 N° Siret  
 N° Compte  
 N° TI  
 N° Pièce  
 Page

**REVENUS DE L'ANNÉE : 2009**

**IMPORTANT**

Vous trouverez sur la notice jointe les précisions nécessaires pour compléter cette déclaration.

Madame, Monsieur,

Afin de procéder au calcul de vos cotisations, je vous adresse la présente déclaration.

Je vous invite à retourner ce document complété, daté et signé avant le \_\_\_\_\_ pour éviter l'application d'une taxation d'office.

Mes collaborateurs se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

**Revenus (ligne CP) + lignes BU - CS - AW - CU - AX**

Respectueusement,

Le Directeur

Revenus issus d'une autre activité que celle exercée au cabinet dentaire

	Bénéfices				Déficits			
A - Montant des revenus de l'activité conventionnée (y compris les revenus de remplacement, exonérations et déductions fiscales)								
B - Montant des autres revenus professionnels non salariés								
C - Montant des revenus de remplacement								
D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires								

**ligne BT + abondements PEE - PERCO**

**Veillez compléter votre taux Urssaf en ne mentionnant que 2 décimales.**

Si au titre de l'année 2009, ce taux Urssaf ne vous a pas été communiqué en raison de votre statut de remplaçant(e), veuillez mettre un 0 dans la case Taux Urssaf.

Merci de reporter ci-dessous le taux Urssaf qui figure sur votre relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) de l'année 2009.

E - Taux Urssaf

**CADRE LÉGAL**

La loi du 6/01/78 modifiée, relative à l'informatique et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les dossiers vous concernant auprès de notre organisme.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements donnés et m'engage à signaler immédiatement toute modification ultérieure de mon revenu.

le : / /

Date limite d'envoi

Signature

**RÉSERVÉ À L'ORGANISME**  
 N° Siret  
 N° Compte  
 N° TI  
 N° Pièce

URSSAF DE