

DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

CHIRURGIEN DENTISTE

URSSAF DE

A _____, le

www.urssaf.fr

POUR NOUS CONTACTER

Nom, prénom :

Adresse :

RÉFÉRENCES

N° Sécurité sociale

N° Siret

N° PAM

N° TI

N° Pièce

Page 1/1

REVENUS DE L'ANNÉE : 2015

Pour compléter cette déclaration, merci de
porter un chiffre par case, sans espace,
point, ni virgule et d'arrondir le montant de
vos revenus à l'euro le plus proche.

En cas d'inexactitude des montants pré-remplis, ne pas modifier mais utiliser les zones de correction.

IMPORTANT :

* La ligne « A - Montant des revenus liés de l'activité conventionnée », doit également comprendre les dépassements d'honoraires, les revenus de remplacement, les exonérations et déductions fiscales.

**** Si au titre de l'année 2014, ce taux Urssaf ne vous a pas été communiqué en raison de votre statut de remplaçant(e), veuillez mettre un 0,00 dans la case dédiée à la correction du Taux « Urssaf ».**

Madame, Monsieur,

Afin de procéder au calcul de vos cotisations, je vous invite à **retourner cette déclaration complétée, datée et signée** avant le 9 juin 2016.

À défaut, vos cotisations seront calculées sur une base forfaitaire majorée (taxation d'office). Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Urssaf.

Le Directeur

	Bénéfices				
A - Montant des revenus tirés de l'activité conventionnée*					
B - Montant des autres revenus professionnels non salariés					
C - Montant des revenus de remplacement					
D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires					

Déficits					

	Recettes				
E - Montant total des recettes tirées de vos activités non salariées					

F - Taux « Urssaf » :

--	--	--	--

G - Montant des dividendes inclus dans les lignes A et B

--	--	--	--	--	--	--	--

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 : / /

Signature

RÉSERVÉ À L'ORGANISME

N° Siret

N° PAM

N° TI

N° Pièce

URSSAF DE