

# DÉCLARATION DE REVENUS PROFESSIONNELS

MÉDECIN RELEVANT DU SECTEUR 2

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.

## IMPORTANT :

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

\*\* Dont le financement inclut la rémunération des professionnels de santé dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables.

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						Déficits					
A - Montant des revenus tirés de l'activité conventionnée*												
B - Montant des autres revenus professionnels non salariés												
B1 - Dont montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures de soins**												
C - Montant des revenus de remplacement												
D - Montant des cotisations sociales personnelles obligatoires												

  

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

  

F - 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