C.C.V.R.P.

Caisse Nationale de Compensation
des Cotisations de Sécurité Sociale
des Voyageurs, Représentants et Placiers
de Commerce à Cartes Multiples.

Date : ___/___/___

OBJET : AFFILIATION DES EMPLOYEURS DE V.R.P. A CARTES MULTIPLES.

Si vous employez un ou plusieurs V.R.P. à cartes multiples, c'est à dire rémunérés par deux employeurs au moins pour lesquels ils travaillent dans des conditions d'assujettissement à la Sécurité Sociale, **votre affiliation à notre Caisse est obligatoire**. Veuillez donc nous retourner, dûment rempli, le présent questionnaire ainsi qu'un bulletin d'entrée pour chacun de vos V.R.P. multicartes.

Demande	**Réponse**
- Sigle.	_____
- Nature juridique de l'entreprise. - Raison sociale complète et adresse de l'entreprise. - Si vous désirez que les imprimés de versement de cotisations vous parviennent à une adresse différente, indiquez-la ci-contre.	_____ _____ _____ _____ _____
- Téléphone :	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- Télécopie :	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- E. Mail :	_____
- Votre n° de cotisant à l'U.R.S.S.A.F. (12 chiffres + 1 clé éventuellement), si votre entreprise est du ressort de l'U.R.S.S.A.F. de PARIS.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|
- Votre n°d'identification S.I.R.E.T. (S.I.R.E.N. +N.I.C.) et code N.A.F. Si vous n'avez pas encore ces numéros, adressez d'urgence votre demande d'immatriculation à votre U.R.S.S.A.F.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| S.I.R.E.N. N.I.C. N.A.F.
- Nom et adresse du responsable de l'entreprise.	_____ _____ _____
- Régime de Sécurité Sociale.	☐ Général ☐ Agricole
- Si vous avez repris récemment une entreprise occupant des V.R.P. multicartes, indiquez-nous : - sa raison sociale - son N°S.I.R.E.T.	_____ |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
- son N° C.C.V.R.P. - la date de l'opération	|_|_|_|_|_|_| |_| _____/_____/_____
Nous vous en remercions à l'avance. LA DIRECTION.	SIGNATURE et CACHET de L'ENTREPRISE (Obligatoires)

Bureaux ouverts sans interruption de 8h30 à 17h30 du lundi au jeudi et de 8h30 à 16h15 le vendredi
Association Loi de 1901 - 7 et 9 rue Frédérick Lemaître - 75971 Paris cedex 20 - Tél. 01.40.33.77.77.
Télécopie : 01.47.97.75.44 -Site Internet www.ccvrp.com - E-Mail : accueil@ccvrp.com

C.C.V.R.P. 7 et 9, rue Frédérick-Lemaître 75971 PARIS CEDEX 20
Tél. : 01.40.33.77.77 - Télécopie : 01.47.97.75.44
Site Internet : www.ccvrp.com – E-mail : accueil@ccvrp.com

BULLETIN D'ENTREE (1) de vos V.R.P.
à cartes multiples

à adresser à la C.C.V.R.P., dans les 8 jours de l'entrée (ou de la sortie), même si l'intéressé n'est pas encore affilié à la C.C.V.R.P. (et même s'il est à l'essai).

EN CARACTERES D'IMPRIMERIE

V.R.P. :

N° d'affiliation à la C.C.V.R.P. Si vous le connaissez

NOM : _____

Prénoms : _____

NOM DE JEUNE FILLE : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Bureau distributeur : _____

Téléphone _____ E-mail : _____

Date et lieu de naissance : _____

N° de Sécurité Sociale : _____ Clé : _____

EMPLOYEUR :

N° d'affiliation à la C.C.V.R.P.

Raison sociale : _____

ou

Nom, prénoms : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Bureau distributeur : _____

Téléphone _____ Nature juridique : _____

E-mail : _____

N° SIREN _____ N° NIC _____ Code NAF _____

Jour	Mois	Année

Date **d'entrée** du V.R.P. désigné ci-dessus _____

Date **de sortie** du V.R.P. Désigné ci-dessus _____

A _____, le _____

Signature et cachet de l'employeur.

(1) ou de SORTIE.