



santé  
famille  
retraite  
services

MSA de : .....

## DEMANDE DE RENONCIATION AU PAIEMENT TRIMESTRIEL DES COTISATIONS SUR SALAIRES

• Raison sociale : .....

• Adresse : .....

.....

.....

• N° Siret : .....

Je vous informe qu'en qualité d'employeur de moins de 11 salariés<sup>(1)</sup>, je demande à renoncer à l'option du paiement trimestriel des cotisations sur salaires conformément à l'article R. 243-6-1 du Code de la sécurité sociale (par renvoi de l'article R. 741-1-1 du Code rural et de la pêche maritime).

Je dépose ma demande de renonciation au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

J'ai pris bonne note que les dates limites de versement seront alors, pour chacun des mois, le 15 du mois suivant.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

Date, lieu et signature

(1) L'appréciation de ce seuil de 11 salariés se fait au regard de l'effectif annuel moyen de niveau entreprise, tous types de contrats confondus.