



Je déclare avoir pris connaissance des conditions de radiation d'office si je cesse de remplir les conditions d'affiliation volontaire ou en cas de non-paiement des cotisations à la date d'échéance (D.742-19 et D.742-26 du code de la Sécurité sociale).

"Certifié sincère et véritable"

À .....

Le .... / .... / .....

Signature de l'adhérent :

---

#### DÉCLARATION DE REVENU (pour les situations A et B)

Je soussigné(e), ....., atteste sur l'honneur que mon dernier revenu professionnel connu en tant que chef d'entreprise, s'élève à :

Année : 

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Montant : .....euros

Date : .... / .... / .....

Signature :

---

#### MODE DE PAIEMENT

- J'opte pour le prélèvement mensuel le 5 de chaque mois sur mon compte bancaire à compter du mois de.....(compléter et signer l'autorisation de prélèvement jointe à ce formulaire).
- Je préfère que le prélèvement mensuel soit effectué le 20 de chaque mois.
- Je verse ce jour par chèque ci-joint la somme de ..... euros pour la période du ..... au .....
- J'opte pour le télépaiement.