

Formulaire pour modification du salaire *en cours d'année*

N° de contrat : U230_ - _ _

Nom et adresse du cabinet (ou tampon)

Nom du cabinet: _____

N°, rue _____

NPA, localité: _____

Données de la personne assurée:

Nom: _____

Prénom: _____

Numéro AVS: _____

Nouveau salaire annuel: _____

En vigueur à partir du: _____

Degré d'activité
pour les salariés à temps partiel: _____

Signature du propriétaire du cabinet:

Date: _____