

Code Établissement	Code Activité	N°Employeur	Période

Raison sociale

Adresse

Téléphone

TOTAL SALAIRES BRUTS PAYES AU COURS DE LA PERIODE :

CATEGORIES DE SALAIRES	MOIS DE :			MOIS DE :			MOIS DE :		
	NOMBRE DE SALAIRES	SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS		NOMBRE DE SALAIRES	SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS		NOMBRE DE SALAIRES	SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS	
		REGIME DE RETRAITE Plafond = 1.647.315 F par mois	REGIMES DES ASSURANCES MATERNITE, DES PRESTATIONS FAMILIALES ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL Plafond = 3231 F par jour ou 70.000 F par mois		REGIME DE RETRAITE Plafond = 1.647.315 F par mois	REGIMES DES ASSURANCES MATERNITE, DES PRESTATIONS FAMILIALES ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL Plafond = 3231 F par jour ou 70.000 F par mois		REGIME DE RETRAITE Plafond = 1.647.315 F par mois	REGIMES DES ASSURANCES MATERNITE, DES PRESTATIONS FAMILIALES ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL Plafond=3231 F par jour ou 70.000F par mois
Horaires, journaliers et occasionnels inférieurs ou égaux à 3231 F par jour									
Horaires, journaliers et occasionnels supérieurs ou égaux à 3231 F par jour									
Mensuels inférieurs ou égaux à 70.000 F par mois									
Mensuels supérieurs à 70.000 F par mois et inférieurs ou égaux à 1.647.315 F par mois									
Mensuels supérieurs à 1.647.315 F par mois									
TOTAL									

Cumul salaires bruts soumis à cotisations au titre du Régime de Retraite

Cumul salaires bruts soumis à cotisations au titre des Régimes des Prestations Familiales et des Accidents du Travail

	MOIS DE :		MOIS DE :		MOIS DE :	
	Nombre	Salaires Bruts	Nombre	Salaires Bruts	Nombre	Salaires Bruts
Personnes ne cotisant pas au Régime de la Retraite						
Personnes pour qui l'employeur ne cotise pas au régime des Prestations Familiales						

Bordereau certifié exact

A, le

Signature et cachet

DECOMPTE DES COTISATIONS DUES

Rubriques	SALAIRES SOUMIS A COTISATIONS	TAUX	MONTANTS (Francs CFA)
Assurance Maternité	x	0,75 % =	
Prestations Familiales	x	5% =	
Accidents du Travail	x	=	
Régime de Retraite	x	(*) % =	
TOTAL COTISATIONS A PAYER			

ATTENTION

Il est vivement conseillé d'annexer à la présente déclaration votre titre de paiement faute de quoi vous serez responsable du retard des pertes et des erreurs de comptabilisation.
Le titre de paiement (*de préférence un chèque bancaire*) doit être libellé à l'ordre de l'IPS-CNPS, même en l'absence de tout paiement.
La présente déclaration doit être dûment remplie et obligatoirement retournée à la C.N.P.S.

CADRE DRESERVE A LA C.N.P.S. (NE RIEN INSCRIRE S.V.P)

Code opér.	Date de journée	N° Pièce	Période	Code Virement	Banque	Référence du titre de paiement	Émission du	Montant	Visa DIRECTEUR

(*) Indiquer votre taux de cotisation 8%, 12%, 14%.