

BORDEREAU DE COTISATION

Appel de cotisation trimestriel : **1 TRIM 2019**

N°Employeur : 1563

N°BENEF	NOM	PRENOM	DATENAISS	DATE_ENT	DATE_SOR	SALAIRE à déclarer
11656	KULIMOETOKE / SIULI	Myriam	23/04/1988	__/__/__	__/__/__	

Nombre de salariés : 1

Derniers Paiements effectués :

Date	Mois de début	Nbre de mois	Montant CFP	Date d'encaiss.	Nbre de salariés
27/11/2018	01/10/2018	3	0		1
26/10/2018	01/01/2018	3	0		1
26/10/2018	01/04/2018	3	0		1
26/10/2018	01/07/2018	3	0		1
12/06/2018	01/08/2017	1	-15 610	31/05/2018	1

Reste à payer : 131 830 CFP

Assiette :
Cotisation :
CLR 20.1% :
CCPF 6% :
Total à payer :

Certifié exact à _____ le _____

Signature :