santé
famille
retraite
services

Service Cotisations

DECLARATION DE CESSATION D'EMPLOI DE SALARIES

(à adresser à la MSA Gironde dans les 48 heures)

EMPLOYEUR

NOM, Prénom (ou raison sociale) _____

Adresse : _____

N°SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| A.P.E. |__|__|__|__|

SALARIES

NOM D'USAGE	PRENOMS	N°D'IMMATRICULATION	DATE CESSA TION D'EMPLOI

A _____ ,le _____
(signature ou cachet de l'employeur)

MSA Gironde
13 rue Ferrère
33052 BORDEAUX CEDEX
Tél. : 05 56 01 83 83
Fax : 05 56 01.83.33
Email : contact@msa33.msa.fr

IMP N°218