

Attestation des salaires pour l'année :

FER CIAB 106.5

N° d'affilié :

Employeur :

No AVS	Nom et prénom des assurés	Salaire soumis à la cotisation AVS/AI/APG	Salaire soumis à la cotisation à l'assurance- chômage	Salaire soumis à la cotisation solidarité de l'assurance- chômage	Salaire soumis à la cotisation au régime des allocations familiales	Entrée		Sortie	
						J.	M.	J.	M.
TOTAUX									

Date : _____

Timbre et signature :

Notre personnel est assuré selon la LPP/LAA comme suit :

Caisse de pension LPP (nom, adresse) :

Assurance-accidents LAA (nom, adresse) :