



santé  
famille  
retraite  
services

MSA de : .....

## OPTION POUR PAIEMENT TRIMESTRIEL DES COTISATIONS SUR SALAIRES

• Raison sociale : .....

• Adresse : .....

.....

.....

• N° Siret : .....

Je vous informe qu'en qualité d'employeur de moins de 11 salariés<sup>(1)</sup> en 2017, j'exerce l'option pour le paiement trimestriel des cotisations conformément à l'article R. 243-6-1 du Code de la sécurité sociale (par renvoi de l'article R. 741-1-1 du Code rural et de la pêche maritime).

J'ai pris bonne note que les dates limites de versement seront alors, pour chacun des quatre trimestres civils, respectivement les 15 avril, 15 juillet, 15 octobre et 15 janvier.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'assurance de ma considération distinguée.

Date, lieu et signature

**À RETOURNER À VOTRE CAISSE AVANT LE 31 DÉCEMBRE 2017.**

(1) L'appréciation de ce seuil de 11 salariés se fait au regard de l'effectif annuel moyen de niveau entreprise, tous types de contrats confondus.