santé
famille
retraite
services

DECLARATION DE CESSATION D'EMPLOI DE SALARIES

EMPLOYEUR

Nom, Prénom (ou raison sociale) _____

Adresse _____

N° SIRET |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ACTIVITE (APE) |__|__|__|__|

SALARIES

NOM PATRONYMIQUE	NOM D'USAGE	PRENOMS	N° D'IMMATRICULATION	DATE DE CESSATION D'EMPLOI

A_____, le _____

(signature ou cachet de l'employeur)

MSA Gironde
13 rue Ferrère Tél. : 05 56 01 83 83
33052 BORDEAUX Cedex Fax : 05 56 01 83 33
www.msa33.fr

33PKY