



CONTRIBUTION FORFAITAIRE ANNUELLE DES ENTREPRISES

(Art. 7 à 12 et 157 du Code des Contributions de Saint-Barthélemy)

DECLARATION POUR L'ANNEE

A remplir pour chaque établissement

1 – RAPPEL IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT – OBLIGATOIRE REMPLIR TOUS LES CHAMPS

RAISON SOCIALE :

(Nom Prénom / Dénomination société)

FORME JURIDIQUE :

CODE APE :

ENSEIGNE :

SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE :

CODE POSTAL : SAINT-BARTHELEMY

TEL. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CELL. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

FAX. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MAIL :

2- DECLARATION

Je soussigné

Représentant légal de l'établissement désigné ci-dessus, déclare par la présente, salariés, conformément à l'état du personnel en annexe.

PART FIXE	PART VARIABLE (par salarié)	TOTAL
350,00 €	 x 100,00 €	 €

Mode de règlement :

☐ Chèque

☐ CB

☐ Virement bancaire/n° de compte:

TRESOR PUBLIC

10071-97100-0000200555-64

IBAN: FR76-1007-1971-0000-0020-0555-564

BIC: TRPUFRP1

***NOTE :** Il est impératif d'inscrire les 14 chiffres du N° de SIRET + l'année de CFAE réglée dans le libellé du virement. Veuillez nous retourner cette déclaration + le justificatif du virement (avis d'opéré) à l'adresse mail : cfae@comstbarth.fr

Fait à Saint-Barthélemy le

Signature

1 – RAPPEL IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

RAISON SOCIALE :

(Nom Prénom / Dénomination société)

SIRET | _ | _ | _ | _ | . | _ | _ | . | _ | _ | _ | _ | _ |

2 – ETAT DU PERSONNEL - DSN du 31/12 de l'année précédente *

[illegible]

*Tous les employés, quelque soit le type de contrat (CDI, CDD, apprentie, stagiaires rémunérées) ayant été déclarés pour la période annuelle précitée