

C.C.V.R.P. 7 et 9, rue Frédérick-Lemaître 75971 PARIS CEDEX 20 - Tél. : 01.40.33.77.77
Télécopie : 01.47.97.75.44

BULLETIN D'ENTREE ⁽¹⁾ de vos V.R.P. à cartes multiples

à adresser à la C.C.V.R.P., dans les 8 jours de l'entrée (ou de la sortie), même si l'intéressé n'est pas encore affilié à la C.C.V.R.P. (et même s'il est à l'essai).

EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	V.R.P. :	N° d'affiliation à la C.C.V.R.P. si vous le connaissez.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																														
	NOM, Prénoms :	_____																																																															
	NOM DE JEUNE FILLE :	_____																																																															
	Adresse :	_____																																																															
	Code postal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Bureau distributeur	_____																																																			
	Téléphone	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											_____																																																				
	Date et lieu de naissance :	_____																																																															
N° de Sécurité Sociale :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				Clé :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																											
EMPLOYEUR :	N° d'affiliation à la C.C.V.R.P.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																																															
Raison sociale :	_____																																																																
ou Nom, prénoms :	_____																																																																
Adresse :	_____																																																																
Code postal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Bureau distributeur	_____																																																				
Téléphone	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Nature juridique	_____																																																				
N° SIREN	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					N° NIC	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					Code NAF	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Réf. 3100/TG 04/97-214

Date d'entrée du V.R.P. désigné ci-dessus _____	<table border="1"><tr><th>Jour</th><th>Mois</th><th>Année</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année									
Jour	Mois	Année											
Date du versement de sa première rémunération _____	<table border="1"><tr><th>Jour</th><th>Mois</th><th>Année</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année									
Jour	Mois	Année											
Date de sortie du V.R.P. désigné ci-dessus _____	<table border="1"><tr><th>Jour</th><th>Mois</th><th>Année</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Jour	Mois	Année									
Jour	Mois	Année											

A _____, le _____
Signature et cachet de l'employeur.

(1) ou de SORTIE.