



## Bordereau d'appel de cotisations

Facture N° 221845

**2ème trimestre 2021**



Vos services en ligne sur  
**pro.april.fr, Espace Assuré**  
Cliquez sur **Espace Entreprise**

Vos références : **06 35238 00**  
CAROLINE PARENT ET  
Affaire suivie par : **Service Relation Clients**  
Téléphone : 04 72 36 75 55

**CAROLINE PARENT ET  
ASSOCIES**

10B RUE DES NAIGEONS

21200 BEAUNE

Contrat(s)	Salaires du trimestre ou Effectif	Taux ou Forfait	Cotisations dues	Totaux
------------	-----------------------------------	-----------------	------------------	--------

**Santé Ensemble du personnel**

Nombre d'isolés	1 x	298.23 EUR	=	298,23
Nombre de familles	1 x	709.59 EUR	=	709,59

Cotisation à régler: 1007.82 EUR

**COTISATION(S) TOTALE(S) à régler :**

**1007,82 €**

**A retourner et à régler avant le 15/07/2021**  
A l'ordre d'APRIL Santé Prévoyance

Le règlement est à effectuer par virement. Vous trouverez le RIB sur le courrier d'accompagnement ci-joint.

Nous vous remercions d'indiquer votre référence client dans le libellé de votre virement.

Pour le prochain trimestre, vous pourrez opter pour le prélèvement automatique. Pour cela, il convient de nous renvoyer votre mandat SEPA disponible sur votre extranet : [pro.april.fr](http://pro.april.fr).

**IMPORTANT :** en cas de modification des bases, vous devez, **IMPERATIVEMENT**, nous retourner l'appel de cotisations modifié

CACHET ET SIGNATURE