

<b>Identification</b>	
Siret	420425969 00029
Adresse de l'établissement	1 PL DE L EUROPE 21630 POMMARD
CTN	DD
Section	01
Code risque	513TC

SAS FRANCOIS PARENT  
JEFFERSON'S CLUB  
1 PL DE L EUROPE  
21630 POMMARD

**LE  
COMPTE  
AT/MP**



le moyen le plus pro de gérer vos risques pros  
[www.net-entreprises.fr](http://www.net-entreprises.fr)

Le 01/01/2024

**Objet : Notification de votre taux de cotisation AT/MP**

Madame, Monsieur,

Les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles sont assurés collectivement par les entreprises. Ces cotisations indemnisent les salariés victimes d'un accident du travail, de trajet ou d'une maladie professionnelle. Le taux annuel de cotisation est donc fixé en fonction du risque que présente l'activité de chacune des entreprises cotisantes.

**Le taux de cotisation** pour la section 01 de votre établissement - SIRET n° 420425969 00029 - classé sous le code risque 513TC (Commerce de gros (commerce interentreprises) alimentaire non spécialisé.) **est fixé à 2,60 % à effet du 01/01/2024.**

Votre taux est celui de votre secteur d'activité. Les taux collectifs sont fixés chaque année par arrêté ministériel.

**Les cotisations ATMP sont payables à l'Urssaf dont dépendent vos établissements.**

Conservez ce courrier de notification de votre taux et donnez une copie à votre comptable s'il établit pour vous les déclarations sociales.

Toute évolution de votre activité entraînant une aggravation des risques encourus par vos salariés doit nous être déclarée (article L 242-5 du code de la Sécurité Sociale). Si l'activité décrite par votre numéro de risque ne correspond pas à celle exercée par vos salariés, je vous invite à nous contacter aux numéros indiqués sur ce courrier pour faire le point de votre situation.

Le Directeur  
**Francis Lebelle**

Conformément aux articles 34 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant. Pour exercer ce droit, adressez-vous à votre Carsat ou à la Cram pour la région Ile de France.

**Possibilités de recours - forme et délais (article L 411-2 et suivants du code des relations entre le public et l'administration et article R 142-1-A-III du code de la sécurité sociale)**  
**Recours gracieux :**  
Il doit être formé auprès de votre caisse dans un délai de 2 mois, à compter de la date de réception de la présente notification, par lettre recommandée avec accusé de réception.  
**Recours contentieux :**  
Il doit être formé dans un délai de 2 mois, à compter de la date de réception de la présente notification, par voie d'assignation devant la Cour d'appel d'Amiens (article D 311-12 du code de l'organisation judiciaire) à une audience préalablement indiquée par le premier Président ou son délégué : Cour d'appel d'Amiens - Service de la protection sociale - Section tarification - 14 rue Robert Deluzarches - 80000 Amiens.  
Une copie de la décision attaquée est jointe à l'assignation. A peine de caducité du recours relevée d'office, une copie de l'assignation est déposée au greffe de la Cour d'appel avant la date fixée pour l'audience.