CARMF
Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

Référence à rappeler :
SERVICE EXO/CRA
Fax : 01 53 81 84 64
E-mail : reductions.cotis@carmf.fr

NOM :
DEPARTEMENT :
N° AFFILIATION :

DEMANDE DE RÉDUCTION DE MAJORATIONS DE RETARD (*) À LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE DE LA CARMF

Année(s) :

Situation de Famille : Age : Nombre d'enfants à charge :

Profession du conjoint :

Secteur conventionnel : ☐ I ☐ II ☐ Hors Convention

Spécialité :

Exercez-vous en S E L ? : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Votre activité principale : ☐ libérale
☐ salariée (avec activité libérale)

MOTIFS (**) :

Précisez si vous avez, lors de l'année en cours, eu des problèmes familiaux, de santé ou financier.

ANNÉE(S)	REVENU MÉDICAL LIBÉRAL		REVENUS DE GÉRANT	
	BRUT	NET	BRUT	NET

Joindre avis d'impôt sur le revenu des années concernées.

Fait le : Signature

(*) La requête n'est recevable qu'après règlement de la totalité des cotisations ayant donné lieu à l'application des majorations.

(**) L'Article 21 des Statuts Généraux prévoit que la Commission de Recours Amiable étudie les demandes de réduction des majorations de retard en cas de bonne foi ou de force majeure justifiées.

Conformément à la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à la division cotisants de la CARMF.