

# ***SYNDICAT MIXTE DES TRANSPORTS EN COMMUN LENS LIEVIN - HENIN CARVIN***

**77, rue Jules Verne - BP 168  
62253 HENIN BEAUMONT Cédex  
TEL.: 03.21.08.06.36 – FAX – 03.21.08.06.39**

<b>A REMPLIR PAR L' EMPLOYEUR</b>	
<b>N° IDENTIFICATION</b>	
I.N.S.E.E <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> U.R.S.S.A.F. <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> S.I.R.E.T. <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	<b>PERIODE ( MOIS – ANNEE)</b>  <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
<b>EMPLOYEUR</b> <i>NOM OU RAISON SOCIALE :</i> ..... ..... ..... <i>ADRESSE :</i> ..... ..... .....	MONTANT TOTAL DU VERSEMENT TRANSPORT  <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>  <b>MONTANT TOTAL DU BORDEREAU            RECAPITULATIF DES COTISATIONS            (LIGNE MONTANT A PAYER)</b>  <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>

## ATTESTATION

Je soussigné,

Agent comptable de l'URSSAF ci-dessous désigné (e) certifie, sous réserve de l'encaissement du titre de paiement, que le titulaire de la présente attestation a effectué le versement des cotisations indiquées ci-contre.

Pour validation,

**Si vous désirez formuler une demande de remboursement au titre du présent mois, cet imprimé dûment complété doit être obligatoirement adressé sous le même pli que votre bordereau et votre versement.**