

Je soussigné(e) :

M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Raison sociale ⁽¹⁾ :

SIRET ⁽¹⁾ :

N° de Sécurité sociale - NIR :

Adresse :

Code postal : Commune :

Donne mandat à :

M. Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Raison sociale ⁽¹⁾ :

SIRET ⁽¹⁾ :

Adresse :

Code postal : Commune :

Pour :

Se faire communiquer par l'Urssaf/la CGSS dont je relève toute information ou tout document me concernant, et notamment ceux relatifs à la situation de mes comptes et aux procédures en cours.

Le présent mandat peut être révoqué à tout moment par lettre ou courriel.

Je joins au mandat une copie de ma pièce d'identité et de celle de mon mandataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Fait à :

Le :

Signature du mandant⁽²⁾ précédée de la mention
manuscrite « Nom prénom » et « Bon pour mandat » :

Signature du mandataire ⁽³⁾ précédée de la mention manuscrite « Nom prénom » et « Mandat accepté » :

(1) À compléter si concerné(e).

(2) Le mandant est celui qui donne ses pouvoirs au mandataire.

(3) Le mandataire est celui qui accepte d'agir au nom du mandant.