

À retourner obligatoirement
dans un délai de 30 jours

Numéro ordinal :

Numéro RPPS :

Section de l'Ordre national des pharmaciens (*justificatif n° 1 voir dernière page*) :

A B C D E G Biologiste médical(e) conventionné(e)

Votre situation personnelle

Numéro de dossier CAVP :

_____01

Numéro de Sécurité sociale (*justificatif n° 2 voir dernière page*) :

Nom de famille (nom de naissance)

Nom d'usage (nom marital, s'il y a lieu) Prénom

Date de naissance _____ Nationalité

Lieu de naissance (*Pays*) (*Département/État de naissance*)

(*Commune de naissance*) (*Arr^{dt} de la commune de naissance*)

Adresse personnelle

Code postal _____ Ville Pays

Tél. fixe _____ Mobile _____ Fax _____

Adresse mail de correspondance (adresse mail que la CAVP sera amenée à utiliser dans le cadre de la gestion de votre dossier)

Célibataire PACS > Date _____ Marié(e) > Date _____

Séparé(e) > Date _____ Divorcé(e) > Date _____

Veuf(ve)

CONJOINT (marié ou pacsé)

Nom et prénom..... Date de naissance _____

Profession du conjoint :

Pharmacien inscrit à la CAVP > Numéro de dossier CAVP _____

Activité salariée > Précisez

Activité non salariée > Précisez

Conjoint collaborateur (*justificatif n° 3 voir dernière page*) > Date de début de sa collaboration _____

Sans profession

Nombre d'enfants _____

Date de naissance 1^{er} enfant _____ 2^e enfant _____ 3^e enfant _____

Votre activité professionnelle

Adresse professionnelle

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville Pays

Tél. fixe [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Mobile [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fax [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Mode d'exercice professionnel :

- Entreprise individuelle
- SARL > Non salarié : exercice d'un contrôle sur la marche de l'entreprise
- SCP SNC EURL SELEURL SELARL SELCA SELAS SELAFA

Attention : tous les associés professionnels de SEL, même minoritaires, sont obligatoirement affiliés à la CAVP quel que soit le nombre de parts qu'ils détiennent et les fonctions de mandataire social qu'ils peuvent par ailleurs occuper au sein de la société et au titre desquelles ils peuvent éventuellement cotiser en parallèle au régime général des salariés.

Si vous exercez en société (*justificatif n° 4 voir dernière page*) :

Nombre total de parts Nombre de parts que vous détenez

Date d'acquisition de vos parts [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Votre mandat social

Nom et prénom de vos associés

Autres activités simultanées (*justificatif n° 5 voir dernière page*) :

- Libérale > Précisez
- Commerciale, artisanale > Précisez
- Industrielle > Précisez
- Salariée > Précisez
- Agricole > Précisez

Vos cotisations pendant les douze premiers mois de votre affiliation

• Régime vieillesse de base et régime invalidité-décès : une exonération d'office de vos cotisations

Conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (article 13), depuis le 1^{er} janvier 2019, si vous êtes créateur ou repreneur d'entreprise, vous êtes exonéré(e) d'office de vos cotisations au régime vieillesse de base et au régime invalidité-décès pendant les douze premiers mois de votre affiliation.

Vos droits dans le régime vieillesse de base seront validés gratuitement et vous bénéficierez d'une couverture prévoyance gratuite.

Une fois votre revenu d'activité non salarié déclaré pour la période considérée, la CAVP procédera à une régularisation de vos cotisations en fonction du montant de ce revenu :

- si votre revenu est inférieur ou égal à 75 % du montant du PASS, vous serez totalement exonéré(e) de vos cotisations de retraite de base et de prévoyance,
- si votre revenu est compris entre 75 % du montant du PASS et le montant du PASS, un complément de cotisation (régime de retraite de base et régime de prévoyance) vous sera réclamé.
- si votre revenu est supérieur au montant du PASS, vous ne pourrez pas prétendre à cette exonération et vous recevrez donc un appel pour vos cotisations de retraite de base et de prévoyance.

• **Régime complémentaire : une dispense ou une réduction de votre cotisation**

Conformément aux statuts du régime complémentaire de la CAVP, lors de vos deux premières années d'exercice, vous cotisez obligatoirement en classe 3 (votre classe d'affectation sera ensuite déterminée en fonction de votre revenu d'activité non salarié N-2).

Pendant les 12 premiers mois de votre affiliation, vous pouvez solliciter :

- une dispense de la cotisation au régime complémentaire de classe 3 (les droits correspondants ne seront pas validés),
- une réduction de 75 % de la cotisation au régime complémentaire de classe 3 (les droits seront validés proportionnellement à votre versement).

• **Régime des prestations complémentaires de vieillesse (biologistes médicaux conventionnés uniquement) : une dispense de votre cotisation**

Lors de votre installation, vous devez vous acquitter d'une cotisation forfaitaire, en plus de celle versée par l'Assurance-maladie.

Pendant les 12 premiers mois de votre affiliation et si vous avez fait une demande de dispense de votre cotisation au régime complémentaire, vous pouvez solliciter :

- une dispense de la cotisation au régime des prestations complémentaire de vieillesse (les droits correspondants ne seront pas validés).

Le règlement de vos cotisations

Conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 (article 18), vos cotisations sociales doivent être réglées par voie dématérialisée à compter du 1^{er} janvier 2019 quel que soit le montant de votre revenu d'activité non salarié.

Pour mettre en place le prélèvement de vos cotisations, nous vous remercions de bien vouloir remplir le *Mandat de prélèvement SEPA* joint et de nous le retourner, accompagné de votre RIB, dûment complété et signé à l'adresse indiquée au verso de ce formulaire.

Notez bien que vos cotisations en cours devront être réglées par chèque.

Vous pouvez également mettre en place le prélèvement de vos cotisations sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel.

À

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de l'affilié(e) (précédée en cas de demande de réduction, d'exonération et/ou de dispense de la mention suivante : "Je déclare avoir pris connaissance des conditions et conséquences d'une demande de réduction, exonération et/ou dispense de cotisation").

Justificatifs à joindre impérativement à votre dossier

N°	Nature du justificatif	Espace réservé à la CAVP
1	La photocopie du certificat d'inscription au tableau de l'Ordre national des pharmaciens.	
2	La photocopie recto/verso de votre carte vitale.	
3	Si votre conjoint est conjoint collaborateur : la déclaration faite au Centre de formalités des entreprises (CFE).	
4	En cas d'exercice en société : les statuts de votre société et le PV (ou tout autre justificatif) sur lequel figure la répartition et la date d'acquisition des parts du capital social.	
5	En cas d'exercice d'activités simultanées : l'attestation d'affiliation à l'organisme de retraite correspondant.	
6	Pour régler vos cotisations par prélèvement automatique : le formulaire <i>Mandat de prélèvement SEPA</i> joint, dûment complété et signé, ainsi que le RIB du compte à débiter avec mention de l'IBAN et du BIC. Vous pouvez également mettre en place le prélèvement de vos cotisations sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel, dans la rubrique « Gérer mes règlements ».	

Protection des données informatiques : toutes les données vous concernant sont traitées conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données qui vous concernent. Pour l'appliquer, il vous suffit de nous en faire la demande par courrier à l'adresse suivante : Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens - 45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09, ou par courriel à l'adresse : dpo@cavp.fr, en précisant vos nom, prénom et numéro de dossier CAVP.

Exercice du droit de communication : en application de l'article L.114-19 du code de la Sécurité sociale, la CAVP est habilitée à exercer un droit de communication. Dans ce cadre, les informations que vous déclarez peuvent être vérifiées.



Caisse d'assurance vieillesse
des pharmaciens

45, rue de Caumartin • 75441 Paris Cedex 09
Tél. : 01 42 66 90 37 • Fax : 01 42 66 25 50
Courriel : cavp@cavp.fr • Internet : www.cavp.fr

- **N'oubliez pas de signer ce formulaire**
- **Joignez impérativement la/les pièce(s) demandée(s)**
- **Envoyez l'ensemble par courrier à la CAVP :
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09**

Accueil téléphonique et entretiens retraite (sur rendez-vous) :
du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h

Accès à nos locaux :

RER Auber ou Métro Havre-Caumartin, entrée par le hall situé rue Auber

N° DE DOSSIER | | | | | | | | | | | | | | | |

**ATTENTION, CE FORMULAIRE EST VALABLE
UNIQUEMENT À PARTIR DE VOS FUTURES ÉCHÉANCES.**

Nom

Prénom

Adresse

.....

CP | | | | | Ville

PAIEMENT RÉCURRENT DES COTISATIONS

Cochez la case correspondant à la périodicité de paiement souhaitée

mensuel (janvier à décembre) trimestriel (janvier-avril-juillet-octobre) semestriel (janvier-juillet)

En signant ce mandat, j'autorise la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la CAVP.

Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

LIEU ET DATE > À le ___/___/20___

SIGNATURE >

NB : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

DONNÉES DU MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Prénoms : _____

Numéro et nom de la rue : _____

CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE (justificatif ① voir au verso)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

| | | | | | | | | | | | | | | |

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

LES COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Nom de la banque : _____

Numéro et nom de la rue : _____

CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

L'ORGANISME CRÉANCIER

Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP)
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09 - France

| F | R | 9 | 1 | Z | Z | Z | 3 | 2 | 9 | 1 | 4 | 2 |
ICS (Identifiant créancier SEPA)

LA RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT VOUS SERA COMMUNIQUÉE ULTÉRIEUREMENT PAR COURRIER

Justificatif à joindre impérativement à votre dossier

1 Le RIB du compte à débiter avec mention de l'IBAN et du BIC

Important

► **Dans le cadre du prélèvement récurrent de vos cotisations**, votre mandat de prélèvement SEPA devra nous parvenir au moins trente jours avant la date de la première échéance. Jusqu'à celle-ci, vous réglerez vos cotisations par chèque.

La CAVP vous adressera, au début de chaque année, ou en cours d'année s'il y a lieu, un échéancier sur lequel figureront le montant de vos cotisations et les dates de leur prélèvement.

L'envoi de cet échéancier tiendra lieu de notification de l'arrivée des prélèvements pour l'ensemble de l'année.

► **En cas de modification des données de ce mandat**, nous vous remercions de bien vouloir modifier vos références bancaires directement sur le site www.cavp.fr depuis votre espace personnel.

Attention : la modification de vos références bancaires ne doit être réalisée depuis le site Internet que si vous n'avez pas opté pour la mobilité bancaire. Dans le cas contraire, en effet, votre établissement bancaire nous communiquera directement le changement de vos références.

► **En cas de révocation de mandat ou de réclamation relative à vos prélèvements SEPA**, nous vous remercions de bien vouloir adresser vos demandes au Département cotisants : CAVP, 45, rue de Caumartin – 75441 Paris Cedex 09 ou par courriel à l'adresse suivante : cotisants@cavp.fr.

Protection des données informatiques : toutes les données vous concernant sont traitées conformément aux dispositions de la loi Informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'effacement des données qui vous concernent. Pour l'appliquer, il vous suffit de nous en faire la demande par courrier à l'adresse suivante : Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens - 45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09, ou par courriel à l'adresse : dpo@cavp.fr, en précisant vos nom, prénom et numéro de dossier CAVP.

Exercice du droit de communication : en application de l'article L.114-19 du code de la Sécurité sociale, la CAVP est habilitée à exercer un droit de communication. Dans ce cadre, les informations que vous déclarez peuvent être vérifiées.



45, rue de Caumartin • 75441 Paris Cedex 09
Tél. : 01 42 66 90 37 • Fax : 01 42 66 25 50
Courriel : cavp@cavp.fr • Internet : www.cavp.fr

- **N'oubliez pas de signer ce formulaire**
- **Joignez impérativement la/les pièce(s) demandée(s)**
- **Envoyez l'ensemble par courrier à la CAVP :
45, rue de Caumartin - 75441 Paris Cedex 09**

Accueil téléphonique et entretiens retraite (sur rendez-vous) :
du lundi au vendredi, de 9h à 12h30 et de 13h30 à 17h

Accès à nos locaux :

RER Auber ou Métro Havre-Caumartin, entrée par le hall situé rue Auber