

ADRESSE

POUR NOUS CONTACTER

Courriel: depuis votre espace urssaf.fr
Tel.: 0806 804 209

RÉFÉRENCES

N° de Sécurité sociale XXXXXXX

N° Siret xxx000xxx

N° compte xxxxxx

Page 1/1

SPECIMEN

CODE NAF

CODE DE SÉCURITÉ

Monsieur,

Nous accusons réception de votre versement relatif à la contribution au Fonds d'assurance formation (FAF) de **XXX** euros, due au titre de votre activité de l'année **XXXX**.

Cette attestation vous est délivrée pour permettre de justifier du droit à la formation auprès de :

Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale (FAF-PM) exclusivement pour les médecins exerçant à titre libéral et pour leurs remplaçants :
11, bd de Sébastopol – 75001 Paris - Site internet : www.fafpm.org

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Urssaf.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le Directeur

SPECIMEN