

BULLETIN de PAIE		Nom			
		Prénom			
Période du					
Heures normales	Nombre	Montant	Total		
.....	X	,			
.....	X	,	+		
.....	X	,	+		
			Sous total		
Indemnité de fin de contrat (A x %)		+			
			Sous total		
Indemnité congés payés (B x %)		+			
RÉMUNÉRATION BRUTE = B + C		D x		E	
Exonération liée au contrat vendanges		D x		G	
Réduction liée aux heures supplémentaires/complémentaires (HS/HC)		=		G1	
Protections de nature :		X		H	
.....		X		I	
Versement non soumis à cotisations		+		J	
.....		+ ou -		K	
Acompte		-		L	
SALAIRE NET A PAYER = (D-E-F+G+G1-H-I+J + ou - K-L)				€	

INFORMATIONS FISCALES

Défiscalisation des heures supp./complémentaires (HS/HC)

Rémunération des HS/HC M

CSG et CRDS sur les HS/HC

M x = N

SALAIRE NET IMPOSABLE (D-E+G+G1-M-N) €

INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA MSA POUR LE CALCUL DES RÉDUCTIONS DE COTISATIONS

Rémunération des temps de pause

Cotisations de retraite complémentaire et AGFF non recouvrées par la MSA (HS/HC)

Taux de réévaluation du SMIC

Date et signature de l'employeur + cachet de l'employeur au verso

LE EMPLOYEUR		N° SIRET ou N° MSA	
Nom, prénom ou Raison sociale		Code APE / NAF	
Adresse		Demande des exonérations de cotisations patronales <input type="checkbox"/>	
E-mail		JUSTIFICATIFS A JOINDRE Voir notice explicative	
LE SALARIÉ		N° immatriculation	
Nom naissance		Titre de travail	
Nom marital		N°	
Prénoms		Domicile fiscal à l'étranger	
Date naissance		Sexe	
Lieu naissance		Nationalité	
Adresse (N° et Rue)		Commune	
Code postal		Date d'embauche	
LE CONTRAT à DURÉE DÉTERMINÉE		Durée de la période d'essai	
Contrat saisonnier pour les travaux de		Date de fin CDD prévue	
OU		OU	
Contrat vendanges (à cocher)		ET	
OU		OU	
CDD en remplacement de		Durée minimale du CDD	
OU		Jours	
Autre CDD (voir notice)			
OU			
CDD pour accroissement temporaire d'activité jusqu'à la date du			
Durée contractuelle en heures		Périodicité : hebdomadaire mensuelle	
Salaire horaire brut		Si temps partiel : %	
Autres éléments de rémunération		RISQUE Coeff. ou niveau/échelon (à cocher)	
Convention collective applicable			
Lieu de travail différent de l'établissement (à cocher)		Précisez la commune	
Caisse de retraite complémentaire		Signature du salarié	
Date		Signature de l'employeur	