

Référence à rappeler :  
SERVICE EXO/CRA  
Fax : 01 53 81 84 64  
E-mail : reductions.cotis@carmf.fr

NOM :  
DEPARTEMENT :  
N° AFFILIATION :

**DEMANDE DE RÉDUCTION DE MAJORATIONS DE RETARD (\*)  
À LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE DE LA CARMF**

Année(s) :

Situation de Famille : Age : Nombre d'enfants à charge :

Profession du conjoint :

Secteur conventionnel :  I  II  Hors Convention

Spécialité :

Exercez-vous en S E L ? :  OUI  NON

Votre activité principale :  libérale  
 salariée (avec activité libérale)

**MOTIFS (\*\*):**

**Précisez si vous avez, lors de l'année en cours, eu des problèmes familiaux, de santé ou financier.**

ANNÉE(S)	REVENU MÉDICAL LIBÉRAL		REVENUS DE GÉRANT	
	BRUT	NET	BRUT	NET

**Joindre avis d'impôt sur le revenu des années concernées.**

Fait le : Signature

(\*) La requête n'est recevable qu'après règlement de la totalité des cotisations ayant donné lieu à l'application des majorations.

(\*\*) L'Article 21 des Statuts Généraux prévoit que la Commission de Recours Amiable étudie les demandes de réduction des majorations de retard en cas de bonne foi ou de force majeure justifiées.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant en vous adressant à la division Cotisants de la CARMF.