



C.I.P.A.V

Votre caisse
de retraite

Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse

XXXXX

XXXXX

SERVICE COTISATIONS

Votre référence :

XXXXXX

Paris, le 9 janvier 2017

ATTESTATION

Je soussigné xxxx, Directeur de la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse, certifie que :

Madame	xxx
Née le	xxx
Domiciliée	xxxx

affiliée à la C.I.P.A.V avec effet du 1er janvier 2013 sous le numéro xxxx pour une activité de traducteur interprete, **a réglé toutes les cotisations exigibles au 31 décembre (année N).**

Le Directeur
xxx