

## 1. Informations générales

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

### Adresse personnelle :

Code postal / Ville :

Tel :

## Courriel

## N° Sécurité Sociale

*Les données personnelles fournies à la HAS (nom et coordonnées) font l'objet de traitements par l'institution (collecte, enregistrement, conservation, diffusion interne à l'attention des agents concernés). Sauf opposition de votre part, elles seront conservées dans le vivier d'experts de la HAS durant 2 ans à compter de la fin des travaux afin de vous solliciter pour vous proposer de participer à d'autres projets menés par la HAS.*

**Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression en contactant le délégué à la protection (DPO) de la HAS par courriel ([dpo@has-sante.fr](mailto:dpo@has-sante.fr)) ou par courrier à :**

*HAS, 5 avenue du stade de France - 93218, Saint-Denis La Plaine Cedex.*

## 2. Motif de collaboration avec la HAS

### **3. Liste des pièces à fournir**

**Pour votre rémunération et établir votre bulletin de paie, les pièces ci-dessous sont nécessaires.**

- Relevé d'identité bancaire à votre nom délivré par votre banque. Pas de RIB professionnel.
  - Copie lisible d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou livret de famille)
  - Copie lisible de votre carte Vitale ou de votre attestation de Sécurité sociale
  - Attestation de l'employeur principal relative à votre régime de cotisations, ci-jointe. A défaut, les copies des bulletins de paie de votre employeur principal correspondant aux mois de vos collaborations avec la HAS

**Si vous êtes salarié du public assurez-vous de disposer d'une autorisation d'exercice d'une activité accessoire (autorisation de cumul) de votre employeur principal.**

## 4. Signature

Je déclare sur l'honneur que les missions que me confie la HAS ne correspondent pas à un temps supérieur au tiers de l'activité professionnelle annuelle que j'exerce à d'autres titres. **Tout changement de situation devra nous être signalé** (statut, adresse, RIB ...).

A

le

## **Signature obligatoire**

# Attestation de l'employeur principal

Valable sur la période 2026 - 2028

Employeur principal <i>Si vous êtes : PU-PH, MCU, MCU-PH, CCA, PU... votre employeur principal est l'Université</i>	
Adresse	
Téléphone	
Courriel du contact	
N°SIRET	

Je soussigné(e) ..... ,  
déclare effectuer les retenues de Sécurité sociale sur la rémunération de  
**M. ou Mme** .....  
et prendre entièrement à ma charge les cotisations correspondantes au plafond tranche A.

Sa rémunération :

- dépasse le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité sociale
- ne dépasse pas le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité sociale

Je déclare également que les cotisations sont versées à la caisse de retraite :  
(Renseignements figurant sur le bulletin de paie. Une seule case possible)

Salarié public : Pensions civiles  CNRACL  IRCANTEC

Salarié privé :

---

Fait, le :

Signature et cachet de l'employeur