

A destination des salariés
A retourner à contact.paie-experts@has-sante.fr

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) 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