|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***N° Navire*** | ***N° Marin*** | ***Catégorie*** | ***Fonction*** | ***Code position ou libellé*** | ***Période(s) concernée(s)*** |
| **Déclaration rectificative** |  |  |  |  |  |  |

Déclaration rectificative de services Armateur 

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Je soussigné ………………………………………………………………………………………………………………………..………., employeur du marin, certifie exacte la déclaration rectificative et m’engage à payer à l’Enim les contributions patronales et salariales dues au titre du régime d’assurance vieillesse des marins et du régime de prévoyance.  A ………………………………..…., le ………………………………………….  signature : | |

A adresser au département des politiques publiques d’appui aux employeurs et à la carrière des marins (ex CCMA) à l’adresse mèl : [dta-ccma.sdpo@enim.eu](mailto:dta-ccma.sdpo@enim.eu)