

[organisme assureur]  
[adresse]  
[adresse]  
[code postal – ville]

[lieu], le [date] 2018

Lettre recommandée avec demande d'avis de réception

Objet : résiliation des contrats prévoyance et frais de soins de santé Pharmacie d'officine

Nos références :

N° de contrat :

N° entreprise :

Siret :

Messieurs,

Vous voudrez bien enregistrer la résiliation, à effet du 31 décembre 2018 à minuit, de l'ensemble des conventions d'assurance conclues avec votre organisme pour l'assurance des régimes de prévoyance et de frais de soins de santé des salariés non cadres et cadres et assimilés de la Pharmacie d'officine.

En conséquence, je vous demande de supprimer, à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les liens de télétransmission existants entre la CPAM de chacun de mes salariés et votre organisme.

Veillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

[cachet de l'officine / signature du titulaire]