msa santé famille retraite services
Alpes du Nord

Réf :

BULLETIN DE MUTATION DE TERRES

situation cadastrale au : ..../..../.....

PROPRIETAIRE

Nom :
Prénom :
Adresse :

N° compte propriétaire :
DPT : COMMUNE :

PRENEUR

NOM / RAISON SOCIALE :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :

N° adhérent :
SIRET :

IMPRIME A RETOURNER REMPLI ET SIGNE
SI DES MODIFICATIONS SONT INTERVENUES

DESIGNATION CADASTRALE DES TERRES								CARACT.MSA	LIEU-DIT		A COMPLETER POUR LES MODIFICATIONS ET/OU POUR LES CESSIONS DE PARCELLES					
PARCELLE		BTQ	Sub.Fisc	Groupe Culture	Superficie			Faire			Superficie			Date de cession	Faire	Observations
Section	N° plan				Ha	A	Ca	Valoir (1)			Ha	A	Ca	ou modification	Valoir	

(1) : M: Métairie D: Faire-valoir direct F: Fermier ou occupant

Fait à ....., Le .....

SIGNATURE DE L'EXPLOITANT / CEDANT

SIGNATURE DU PROPRIETAIRE

SIGNATURE DU PRENEUR

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre Mutualité Sociale Agricole.

Nous écrire au siège social : **MSA Alpes du Nord - 73016 Chambéry cedex** **Tél : 09 69 36 87 00**
Nous rencontrer : **nos points d'accueil sur www.msaalpesdunord.fr** (N° Cristal, appel non surtaxé)
Fax. Isère : 04 76 88 76 88 Fax. Savoie : 04 79 62 89 10 - Fax. Haute-Savoie : 04 50 57 92 92 **www.msaalpesdunord.fr**

msa santé famille retraite services
Alpes du Nord

Réf :

BULLETIN DE MUTATION DE TERRES

situation cadastrale au : ..../..../.....

PROPRIETAIRE

Nom :
Prénom :
Adresse :

N° compte propriétaire :
DPT : COMMUNE :

PRENEUR

NOM / RAISON SOCIALE :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :

N° adhérent :
SIRET :

IMPRIME A RETOURNER REMPLI ET SIGNE
SI DES MODIFICATIONS SONT INTERVENUES

DESIGNATION CADASTRALE DES TERRES								CARACT.MSA	LIEU-DIT		A COMPLETER POUR LES MODIFICATIONS ET/OU POUR LES CESSIONS DE PARCELLES					
PARCELLE		BTQ	Sub.Fisc	Groupe Culture	Superficie			Faire			Superficie			Date de cession	Faire	Observations
Section	N° plan				Ha	A	Ca	Valoir (1)			Ha	A	Ca	ou modification	Valoir	

(1) : M: Métairie D: Faire-valoir direct F: Fermier ou occupant

Fait à ....., Le .....

SIGNATURE DE L'EXPLOITANT / CEDANT

SIGNATURE DU PROPRIETAIRE

SIGNATURE DU PRENEUR

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre Mutualité Sociale Agricole.

Nous écrire au siège social : **MSA Alpes du Nord - 73016 Chambéry cedex** **Tél : 09 69 36 87 00**
Nous rencontrer : **nos points d'accueil sur www.msaalpesdunord.fr** (N° Cristal, appel non surtaxé)
Fax. Isère : 04 76 88 76 88 Fax. Savoie : 04 79 62 89 10 - Fax. Haute-Savoie : 04 50 57 92 92 **www.msaalpesdunord.fr**