

BULLETIN D'ADHÉSION

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom :
et/ou
Dénomination sociale :
SIRET : |_____| |_____| |_____| |_____| APE : |_____|
Adresse du siège :
.....
.....
.....
.....
Forme juridique (*Pour les sociétés, joindre une copie des statuts*) :
Activité principale :
Activité(s) secondaire(s) :
Convention collective appliquée :

Je soussigné(e) dirigeant(e) :

- ⇒ Déclare avoir pris connaissance de mes obligations légales et réglementaires en matière de congés payés dans les professions du BTP, notamment codifiées aux articles D.3141-12 et suivants du code du travail, ainsi que des statuts et règlement intérieur de la caisse et des dispositions autorisant la compensation entre les crédits portés à mon compte et les cotisations à ma charge.
- ⇒ Déclare adhérer à la caisse à partir de la date d'embauche de mon premier salarié.

Fait à

Le /__/__/__/

SIGNATURE DU DIRIGEANT

Précédée de la mention « lu et approuvé »

CACHET DE L'ENTREPRISE

« Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement par la caisse dans le but d'assurer la gestion des régimes congés payés et/ou chômage intérimaires. Ces données sont conservées pendant la durée de votre affiliation, sans préjudice des obligations particulières de conservation ou des délais de prescription. Pour connaître vos droits sur ces traitements, rendez-vous sur le site internet de la caisse www.cibtp-no.fr « Mentions légales / protection des données à caractère personnel ».

**Tournez
S. V. P.**



ADRESSE POSTALE

Adresse postale :

.....

.....

.....

.....

Téléphone : | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | | Télécopie : | | | | | | | | | |

Courriel :

DIRIGEANT

PDG Gérant Directeur Général Artisan

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / / / Lieu de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

NIR :

Titulaire d'un contrat de travail : OUI NON Auto-Entrepreneur : OUI NON

DÉTAILS DE L'ENTREPRISE

Date de création : / / / /

TESE : PARTIEL TOTAL NON

Registre du Commerce : OUI NON Répertoire des Métiers : OUI NON

Date d'inscription : / / / /

Date d'inscription : / / / /

Lieu :

Lieu :

Numéro :

Numéro :

(Joindre une photocopie de l'extrait d'inscription)

Nombre de salariés : | | | | Depuis le (date d'embauche du 1^{er} salarié) : / / / /

Ouvriers : | | | | ETAM : | | | | Cadres : | | | | Apprentis : | | | |

Le personnel est déclaré : à l'URSSAF à la MSA

L'entreprise a-t-elle déjà été inscrite à une caisse du réseau CONGES INTEMPERIES BTP ?

NON

OUI (laquelle ?) - Nom de la caisse de congés payés :

S'agit-il d'une reprise ?

NON

OUI

↳ Numéro d'adhérent : Numéro de caisse : | | | |

Motif de fermeture :

CABINET COMPTABLE*(À indiquer si le comptable établit les salaires)*

Correspondant du cabinet :

SIRET : | | | | | | | | | |

Adresse :

.....

.....

.....

.....

Téléphone : | | | | | | | | | | Télécopie : | | | | | | | | | |

Courriel :