BULLETIN D'ADHESION

Relation Entreprise / Tél. : 04.70.46.02.31
entreprises-moulins@cibtp-centre.fr

A retourner complété à :

Caisse CIBTP du Centre
Antenne de Moulins
35 rue de Bellecroix
03015 MOULINS Cedex

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) : ……

Activité exercée : ☐ Bâtiment ☐ Travaux Publics ☐ Bâtiment et Travaux Publics

Convention collective appliquée : ☐ Bâtiment ☐ Travaux Publics ☐ Autre (à préciser)……

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	CACHET DE L'ENTREPRISE
Précédée de la mention « lu et approuvé »	

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 intempéries. 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-centre.fr « Mentions légales/protection des données à caractère personnel ».

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

DETAILS DE L'ENTREPRISE

Date de création : __ __ /__ __ / __ __ __ __ TESE : ☐ PARTIEL ☐ TOTAL ☐ NON

Registre de 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 1er 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 Congés Intempéries BTP ?

☐ NON ☐ OUI, laquelle : ……

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB DE LA SOCIETE

CABINET COMPTABLE

Correspondant du cabinet : ……

SIRET : __ __ __ __ __ __ __ __ __ / __ __ __ __ __

Adresse : ……

……

Téléphone : ……Télécopie : …… Courriel : ……@……