

BULLETIN D'ADHESION

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

A retourner complété à :

CIBTP Caisse du Centre
 Antenne de Moulins
 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

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 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 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 Congés Intempéries BTP ?

NON OUI, laquelle :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB DE LA SOCIETE**CABINET COMPTABLE**

Correspondant du cabinet :

SIRET : _____/_____

Adresse :

.....

Téléphone :Télécopie : Courriel :@.....