



BULLETIN D'ADHESION

Relation Entreprises / Tél. : 02.47.42.84.30
entreprises-ce@cibtp-centre.fr

A retourner complété à :

Caisse CIBTP du Centre
CS 90025
37082 TOURS Cedex 2

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom :
et/ou
Dénomination sociale :
SIRET : _____ / _____ NAF :
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.
- ⇒ Je m'engage, lorsque c'est nécessaire et pour autant que CAISSE CIBTP DU CENTRE ne cotise pas directement, à effectuer les régularisations des cotisations de retraite complémentaire et de prévoyance afférentes aux indemnités de congés payés versées par CAISSE CIBTP DU CENTRE aux salariés concernés et à régler lesdites cotisations aux Institutions de Retraite Complémentaire et de Prévoyance.

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

ADRESSE POSTALE

Adresse postale :

.....

.....

Téléphone : Portable :

Courriel :

DIRIGEANT

PDG Gérant Directeur Général Artisan

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

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

DETAILS DE L'ENTREPRISE

Date de création : ___ / ___ / _____ TESE : OUI NON

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

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 :

S'agit-il d'une reprise ?

NON OUI numéro adhérent nom caisse de congés payés

Horaire collectif hebdo : h

CABINET COMPTABLE

Raison sociale du cabinet :

Correspondant du cabinet :

SIRET : _____

Adresse :

.....

Téléphone : Courriel :