



## UIMM YONNE BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) :

NOM .....

Prénom .....

Agissant en qualité de .....

De la Société .....

Dont le siège est à .....

L'établissement à .....

Forme juridique de la Société .....

SIRET ..... Code NAF .....

Effectif .....

Demande à adhérer à **l'UIMM Yonne** pour une cotisation de 0,30 %\* des salaires plafonnés déclarés à la Sécurité Sociale.

\* *Si le calcul de votre cotisation fait apparaître un montant annuel ne dépassant pas 250 € (Euros), la cotisation appelée sera de 250 € (Euros)*

À :

Le :

Cachet et Signature

**Merci de nous signaler toutes modifications ultérieures**



# UIMM YONNE

## FICHE D'INFORMATIONS

### SOCIETE, ETABLISSEMENT ADHERENT :

<b>Raison Sociale :</b>			
Coordonnées de l'établissement adhérent	Code postal :	Ville :	
	Téléphone :	Fax :	
SIRET	NAF		
Activité			
Conv. Coll. / IDCC			
Effectif			
Dirigeant	Prénom, NOM :		
	Fonction :		
	Tél fixe :	Mobile :	
	e-mail :		

### COORDONNEES POUR L'APPEL DE COTISATIONS (SI DIFFERENTES DE L'ADHERENT) :

Adresse	Code postal :	Ville :	
	Téléphone :	Fax :	
Personne à contacter	Prénom, NOM :		
	Fonction :		
	Tél fixe :	Mobile :	
	e-mail :		

### DESTINATAIRES DES INFORMATIONS EN PLUS DE LA DIRECTION :

Destinataire des Informations	Prénom, NOM :		
	Fonction :		
	Tél fixe :	Mobile :	
	e-mail :		
Destinataire des Informations	Prénom, NOM :		
	Fonction :		
	Tél fixe :	Mobile :	
	e-mail :		
Destinataire des Informations	Prénom, NOM :		
	Fonction :		
	Tél fixe :	Mobile :	
	e-mail :		