Bulletin d'adhésion



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 ur déclarés à la Sécurité Sociale.	ne cotisation de 0,30	0%* des salaires plafonnés
* Si le calcul de votre cotisation fait apparaître un mont appelée sera de 250€ (Euros)	tant annuel ne dépassan	t pas 250€ (Euros), la cotisation
À:		Le:
		Cachet et signature :

Merci de nous signaler toutes modifications ultérieures

Fiche d'informations



Société, établissement adhérent :

Raison Sociale		
Coordonnées de l'établissement adhérent	Code postal : Tél.	Ville : Fax :
SIRET		
Activité		
Conv. Coll. / IDCC		
Effectif		
Dirigeant	Prénom, Nom :	
	Fonction:	
	Tél. fixe :	Mobile :
	E-mail :	

Coordonnées pour l'appel de cotisations (si différentes de l'adhérent) :

Adresse	Code postal : Tél.	Ville : 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 :		