



BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) :

NOM

Prénom

Agissant en qualité de

De la société

Forme juridique

Dont le siège est à

.....

Demande à adhérer à l'UIMM Yonne

Pour l'établissement situé à

.....

Activité

Téléphone Fax

SIRET Code NAF

Effectif IDCC

Pour une cotisation annuelle de 0,30%* des salaires plafonnés déclarés à la Sécurité Sociale.

* Si le calcul de votre cotisation fait apparaître un montant annuel inférieur à 250 € (Euros), la cotisation appelée sera de 250 € (Euros)

A Le

Cachet et signature



FICHE D'INFORMATION

CONTACT ADHERENT PRINCIPAL :

NOM :		Prénom :	
Fonction :			
Tél direct :		Mobile :	
Email :			

CONTACTS ADHERENTS SUPPLEMENTAIRES

NOM :		Prénom :	
Fonction :			
Tél direct :		Mobile :	
Email :			

NOM :		Prénom :	
Fonction :			
Tél direct :		Mobile :	
Email :			

NOM :		Prénom :	
Fonction :			
Tél direct :		Mobile :	
Email :			

INFORMATIONS POUR LES APPELS DE COTISATIONS :

Adresse (si différente de celle l'établissement adhérent)

Ligne 1			
Ligne 2			
Ligne 3			
Code Postal		Ville	

Personne à contacter

NOM :		Prénom :	
Fonction :			
Tél direct :		Mobile :	
Email :			

Périodicité des appels de cotisation

Trimestre	<input type="checkbox"/>	Année	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------

Dématérialisation des appels de cotisation

Acceptez-vous la dématérialisation des appels de cotisation ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Email 1				
Email 2				
Email 3				
Email 4				