

DES TRAVAUX PUBLICS

BULLETIN D'ADHESION

A retourner complété à :

CONGES BTP - Caisse de La Réunion 43 rue de la Boulangerie – BP 20850 97477 Saint-Denis Čedex

Raison sociale ou dénomination :	
Nom Commercial:	Sigle
SIRET (A compléter obligatoirement):	0 0 0 NAF/APE:
Adresse du siège :	
Forme juridique :	
(Pour les sociétés : joindre une copie des statuts, RIB de l'entreprise & KBIS	5)
Activité principale :	
Activité(s) secondaire(s):	

⇒à me conformer à toutes les prescriptions des Statuts et Règlement Intérieur de la Caisse (disponibles sur : https://conges-page-2					
btp.re/fileadmin/user_upload/Statuts_RICaisseReunion)					
🖈 à envoyer à la Caisse, dans les conditions et délais prévus par son Règlement Intérieur : les déclarations sociales nominatives ou DSN					
appointements, traitements etc. versés à mon personnel depuis la date d'obligation d'adhésion (article 5 des Statuts)					

Je soussigné(e) agissant en qualité⁽¹⁾ de

dont les Statuts et Règlement sont établis en conformité de la Loi du 20 juin 1936 et du Décret du 30 avril 1949 et m'engage :

L	🕽 Je choisis la télédéclaration et retourne, dûment complétée, la Convention Internet donnant accès à l'espace réservé du site
	web de la Caisse.

(1) Chef d'entreprise, PDG, Gérant, etc.

Fait à			 							
Le	<i>/</i>	/								

SIGNATURE DU DIRIGEANT

Précédée de la mention "lu et approuvé"



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. Ces données sont conservées pendant la durée de votre affiliation, sans préjudice des obligations particulières de conservation ou des délais de prescription. Pour connaitre vos droits sur ces traitements, rendez-vous sur le site internet de la caisse www.conges-btp.re « Charte de confidentialité » https://congesbtp.re/politique-de-confidentialite.html

ADRESSE POSTALE	
Adresse postale :	
Téléphone :Portable :	Télécopie :
Courriel :	
DETAIL DE L'ENTREDRISE	
DETAIL DE L'ENTREPRISE	
Date de création de l'entreprise : _ / /	TESE OUI NON
Registre du Commerce : DOUI NON	Répertoire des Métiers : D OUI D NON
Date d'immatriculation : _ / / /	Date d'inscription : _
Lieu:	Lieu :
Numéro :	Numéro :
(joindre une copi	e de l'extrait d'inscription)
Nombre de salariés : _ da	ate d'embauche du 1er salarié* : / /
Ouvriers : _ _ _ ETAM : _ _	Cadres : _ _ _ Apprentis : _ _
S'agit-il d'une reprise d'activité ?	Horaire collectif : _ heures par semaine
□ NON	Jour chômé (cocher la case concernée) :
□ oui	Samedi Lundi Autre à préciser :
Numéro d'adhérent	Samedi La Luildi La Autie a precisei .
Motif de fermetture	*Dans ce cas nous retourner la fiche mouvement de personnel dûment remplie
DIRIGEANT	
☐ PDG ☐ Gérant ☐ Directeur Général ☐ Artisan	
Nom :	
Prénom :	
	naissance
Adresse :	
Titulaire d'un contrat de travail : DOU NON	Auto-Entrepreneur : OUI NON
	<u> </u>
CABINET COMPTABLE	
Dénomination ou raison sociale :	
Correspondant du cabinet :	
SIRET :	
Adresse :	
Téléphone : Télécopie :	
Courriel :	