



BULLETIN D'ADHESION

A retourner complété à :

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

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)

Activité principale : _____

Activité(s) secondaire(s) : _____

Je soussigné(e)
 agissant en qualité⁽¹⁾ de
 de l'entreprise déclare adhérer à : Congés BTP, Caisse de la Réunion,
 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 :
 ⇒ à me conformer à toutes les prescriptions des Statuts et Règlement Intérieur de la Caisse (disponibles sur : https://conges-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 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 /.... /.....

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. 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.conges-btp.re « Charte de confidentialité » <https://www.conges-btp.re/pages-annexes/charte-de-confidentialite.html>

ADRESSE POSTALE

Adresse postale : _____

Téléphone : _____ Portable : _____ Télécopie : _____
 Courriel : _____

DETAIL DE L'ENTREPRISE

Date de création de l'entreprise : / /

Registre du Commerce : OUI NON

Date d'immatriculation : / /

Lieu : _____

Numéro : _____

TESE OUI NON

Répertoire des Métiers : OUI NON

Date d'inscription : / /

Lieu : _____

Numéro : _____

(joindre une copie de l'extrait d'inscription)

Nombre de salariés :

Ouvriers : ETAM :

S'agit-il d'une reprise d'activité ?

NON

OUI /

Numéro d'adhérent _____

Motif de fermeture _____

date d'embauche du 1er salarié* : / /

Cadres : Apprentis :

Horaire collectif : heures par semaine

Jour chômé (cocher la case concernée) :

Samedi Lundi Autre à préciser : _____

*Dans ce cas nous retourner la fiche mouvement de personnel dûment remplie

DIRIGEANT

PDG Gérant Directeur Général Artisan

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / / Lieu de naissance _____

Adresse : _____

Titulaire d'un contrat de travail : OUI NON

Auto-Entrepreneur : OUI NON

CABINET COMPTABLE

Dénomination ou raison sociale : _____

Correspondant du cabinet : _____

SIRET : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____