

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 : _____