

VOS COORDONNEES

• **LE DIRIGEANT**

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Titre : Tél. : Mobile :

Mail :@.....

• **L'ENTREPRISE**

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

SIRET : Code NAF/APE : Date de création : / /

Convention Collective : Forme Juridique :

Commerce Industrie Service artisanat

Activité :

Nombre de salarié(s) (effectif selon DADS 2021) :

TARIF ADHESION

(Merci de consulter la grille tarifaire en annexe)

Montant de votre cotisation : € TTC

(L'association n'est pas assujettie à la TVA - Exonération art. 293 B du CGI)

VOTRE COTISATION DONNE ACCES A L'ENSEMBLE DES DISPOSITIFS

- Je souhaite également adhérer au Club Entreprendre au Féminin
- Je souhaite également adhérer au Club Export
- Je souhaite également adhérer au Club Culture

J'ai noté que je peux adhérer à la CPME de mon département, mais je souhaite précisément adhérer à la CPME Val d'Oise

Signature

REGLEMENT

- Par virement (RIB / IBAN) FR76 1020 7001 4723 2145 0710 552 BIC : CCBPFRPPMTG
- Chèque à l'ordre de : CPME 95, à retourner au : 11 bis avenue de la mare – Parc d'activités des Béthunes - 95310 Saint Ouen l'Aumône
- Par prélèvement : Merci de remplir le mandat de prélèvement SEPA en pièce jointe
- Par CB : www.cpme95.fr Rubrique : ADHEREZ

Conditions générales d'adhésion

L'adhésion à la CPME 95 est volontaire et court de date à date. Elle est effective à réception du règlement. Les cotisations sont dues pour une adhésion annuelle et toute année commencée est due. Il s'agit d'un engagement syndical qui offre la possibilité d'un retrait volontaire mais sans contrepartie.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : contact@cpme95.fr.

CPME 95 - 11 Bis Avenue de la Mare – Parc d'Activités des Béthunes - 95310 Saint Ouen l'Aumône

Tel. 06 34 48 95 24

Mail : contact@cpme95.fr www.cpme95.fr

- Nouvelle entreprise (moins d'un an d'immatriculation) : 50€
- Association / Partenaires : Nous consulter

Grille tarifaire des cotisations 2022

	COTISATIONS 2022	EFFECTIF	COTISATIONS 2022
0	250	28	920
1	350	29	940
2	370	30	960
3	390	31	980
4	410	32	1 000
5	430	33	1 020
6	460	34	1 040
7	480	35	1 060
8	500	36	1 080
9	520	37	1 100
10	540	38	1 120
11	570	39	1 140
12	590	40	1 160
13	610	41	1 180
14	630	42	1 200
15	650	43	1 220
16	670	44	1 240
17	690	45	1 260
18	710	46	1 280
19	730	47	1 300
20	750	48	1 320
21	780	49	1 340
22	800	50+	1 500
23	820	100+	1 800
24	840	200+	2 100
25	860	300+	2 400
26	880	400+	2 700
27	900	500+	3 000

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) :

Créancier : ASS CPME VAL D'OISE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASS CPME VAL D'OISE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de ASS CPME VAL D'OISE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Votre nom :

Votre adresse :

Adresse

.....

Code postal - Ville

Votre pays : FRANCE

Votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : ASS CPME VAL D'OISE

Identifiant du créancier : FR16ZZZ602286

Adresse du créancier : ZA VERT GALANT BP17028

95310 - ST
OUEN L
AUMONE

Pays du créancier : FRANCE

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé le :

Lieu :

Signature(s) :

À retourner à :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :

FICHE DE CANDIDATURE POUR UN MANDAT PATRONAL

VOS COORDONNEES

• **LE DIRIGEANT**

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Titre : Tél. : Mobile :

Mail :@.....

• **L'ENTREPRISE**

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Commerce Industrie Service artisanat

Nombre de salarié(s) (effectif selon DADS 2021) :

MANDATS SUSCEPTIBLES DE VOUS INTERESSER :

Aucun

Conseil de Prud'hommes CRAMIF CAP EMPLOI

CAF CPAM URSAFF

Action Logement Commission départementale des valeurs locatives

CCI CMA

A quelle échéance :

Dès aujourd'hui

D'ici quelques mois

A moyen terme

Votre motivation :

Date :

/ /

Signature