

Pour nous contacter :

Votre espace dédié sur Cibtp-grandouest.fr

Service : Affiliation

Email : affiliation.go@cibtp-grandouest.fr

Téléphone : 02 23 30 54 05

CIBTP GRAND OUEST
TSA 40701
35770 VERN SUR SEICHE

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Nom : _____
et / ou
Dénomination sociale : _____
SIRET : _____ NAF : _____
Adresse du siège : _____

Forme juridique (Pour les sociétés, joindre une copie des statuts) : _____
Activité principale : _____
Activité(s) secondaire(s) : _____
Convention collective appliquée : _____

Je soussigné(e) dirigeant(e) : _____

- Déclare avoir pris connaissance de mes obligations légales et réglementaires en matière de congés payés dans les professions du BTP, notamment codifiées aux articles D. 3141-12 et suivants du code du travail, ainsi que des statuts et règlement intérieur de la caisse et des dispositions autorisant la compensation entre les crédits portés à mon compte et les cotisations à ma charge.
- Déclare adhérer à la caisse à partir de la date d'embauche de mon premier salarié.
- Je m'engage, lorsque c'est nécessaire et pour autant que CIBTP GRAND OUEST ne cotise pas directement, à effectuer les régularisations des cotisations de retraite complémentaire et de prévoyance afférentes aux indemnités de congés payés versées par CIBTP GRAND OUEST aux salariés concernés et à régler lesdites cotisations aux Institutions de Retraite Complémentaire et de Prévoyance.

Fait à _____

Le ____ / ____ / ____

SIGNATURE DU DIRIGEANT

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 et/ou chômage intérimaires. 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, suivez le lien Cibtp-grandouest.fr/entreprise/pdp.

ADRESSE POSTALE

Adresse postale : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Courriel : _____

DIRIGEANT

PDG Gérant Directeur Général Artisan

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Titulaire d'un contrat de travail : OUI NON Auto-Entrepreneur : OUI NON

DETAILS DE L'ENTREPRISE

Date de création : ____ / ____ / _____ TESE : OUI NON

Nombre de salariés : _____ Depuis le (date d'embauche du 1er salarié) : ____ / ____ / _____

Le personnel est déclaré : à l'URSSAF à la MSA

L'entreprise a-t-elle déjà été inscrite à une caisse du réseau Congés Intempéries BTP ?

NON

OUI (laquelle ?) _____
Nom de la caisse de congés payés

S'agit-il d'une reprise ?

NON

OUI _____
Numéro d'adhérent Nom de la caisse de congés payés

Motif de fermeture

Horaire collectif hebdo : ____ h

CABINET COMPTABLE

(A indiquer si le comptable établit les salaires)

Raison sociale du cabinet : _____

Correspondant du cabinet : _____

SIRET : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____