

Agrément ministériel du 6 Avril 1937

**CENTRE REGIONAL du BTP - 21 Avenue Marx Dormoy
63058 CLERMONT FERRAND CEDEX 1**

Service Entreprises Employeurs ☎ 04.73.93.92.20
Service Indemnités Congés ☎ 04.73.93.62.63
Télécopie 📠 04.73.34.23.20
Email : ccpb17@ccpb17.org Site web : www.ccpb17.org

Entreprise n°

Compte n°

Affiliation n°

sera complété par nos Services

Je soussigné (e)

Nom et Prénoms

agissant en qualité de

Artisan - Entrepreneur en nom personnel - Gérant Majoritaire - Gérant Minoritaire - P.D.G ...

de l'Entreprise

Nom - Raison Sociale

Siren

Siren

Dont le siège est situé à

Adresse

➤ déclare adhérer à la Caisse des Congés du Bâtiment - Massif Central pour respecter les dispositions légales des Articles L 3141-30 et suivants du Code du Travail, D 3141-12 à D 3141-16 du Code du Travail, ainsi que celles des Statuts et Règlement Intérieur approuvés par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité le 24 Juin 2004, en s'engageant à se conformer aux prescriptions arrêtées pour les déclarations de salaires et le paiement de l'ensemble des cotisations pour lesquelles la Caisse est chargée du recouvrement ;

➤ déclare s'affilier à compter du ____ / ____ / ____ (*) en adressant ci-joint le règlement de ses cotisations échues ;

➤ déclare qu'en ce qui concerne les indemnités de congés versées par la Caisse aux salariés CADRES et ETAM (ou assimilés) il sera effectué par mon entreprise auprès des Institutions de Retraite Complémentaire et de Prévoyance concernées, en l'absence de régularisation directe par la Caisse, le paiement des cotisations salariales et patronales pour les collaborateurs présents au moment du paiement dans l'entreprise, cotisations qui pour la part patronale au terme de l'année civile seront remboursées par la Caisse en fonction des congés pris dans mon entreprise sur la base des taux du Régime Obligatoire et selon l'attestation à remplir sur ces paiements qui sera alors produite par l'entreprise ;

➤ déclare informer aussitôt la Caisse de toutes modifications légales.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Cachet et signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"

(*) "Les effets de cette **AFFILIATION OBLIGATOIRE** ne peuvent remonter au-delà de la date d'ouverture de la période de référence écoulee déterminée en matière de congés payés, pour les Entreprises fonctionnant à cette date, et à la date du début de leur fonctionnement, pour les Entreprises n'ayant commencé à fonctionner que postérieurement". La période de référence s'étend du **1er Avril** d'une année au **31 Mars** de l'année suivante. Toutefois, les autres cotisations restent dues depuis la date de début d'activité avec du personnel salarié, si celle-ci est antérieure à celle d'affiliation.

**Forme juridique de l'Entreprise**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entreprise Individuelle | <input type="checkbox"/> Société Anonyme | <input type="checkbox"/> Société Civile |
| <input type="checkbox"/> SARL | <input type="checkbox"/> EURL | <input type="checkbox"/> Société de Fait |
| <input type="checkbox"/> Société en Nom Collectif | <input type="checkbox"/> SAS | <input type="checkbox"/> Autres, à préciser : _____ |

Siège Social

N° Siret : _____ / _____ Code APE : _____

Nom Commercial _____

OU

Dénomination Sociale _____

Adresse _____

_____ | _____

Téléphone _____ Télécopie _____

Portable _____ Email _____

↳ *Nom du propriétaire :* _____

S'agit-il d'une :

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CREATION | <input type="checkbox"/> SUCCESSION / RACHAT | <input type="checkbox"/> MODIFICATION
<i>(changement forme juridique)</i> |
|-----------------------------------|--|--|

Date : _____

Adresse Postale

Adresse à laquelle vous souhaitez recevoir les documents de notre Caisse

_____ | _____

S'agit-il d'un établissement ? OUI NON

Possédez-vous plusieurs établissements ?

OUI NON

Si oui, complétez la page n°3

Activité de l'Entreprise

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bâtiment | <input type="checkbox"/> Travaux Publics | <input type="checkbox"/> Bâtiment et Travaux Publics |
| <input type="checkbox"/> Autres, à préciser : _____ | | |

➤ **Activité Principale :** _____

➤ **Activité Secondaire :** _____

Convention Collective appliquée : _____

Emploi de personnel

Caisse de Retraite	PRO BTP			AUTRES, à préciser : _____
	CNRO	ETAM	CADRE	
Effectif Salarié				
Horaire Hebdomadaire				

**Responsable de l'Entreprise**➤ **Nom :** _____ **Prénom :** _____**Né le** _____ **à** _____ (_____)
*date lieu département*Adresse personnelle : _____
| _____ | _____

Téléphone _____ Portable _____

Email _____

Fonction : _____
*Artisan - Entrepreneur - P.D.G. - Gérant Majoritaire - Gérant Minoritaire ...***Etes-vous :** Salarié de l'Entreprise Mandataire Social➤ **Nom :** _____ **Prénom :** _____**Né le** _____ **à** _____ (_____)
*date lieu département*Adresse personnelle : _____
| _____ | _____

Téléphone _____ Portable _____

Email _____

Fonction : _____
*Artisan - Entrepreneur - P.D.G. - Gérant Majoritaire - Gérant Minoritaire ...***Etes-vous :** Salarié de l'Entreprise Mandataire Social**Interlocuteur privilégié pour contact Caisse**➤ **Nom :** _____ **Prénom :** _____

Téléphone _____ Email _____

Domiciliation Bancaire (Joindre obligatoirement un RIB IBAN/RIP de l'entreprise)**Vos références bancaires** | _____ | _____ | _____ | _____ |
*Code Banque Code Guichet N° de Compte Clé**Souhaitez-vous recevoir par virement sur le compte bancaire ci-dessus :***Cabinet Comptable**

Nom ou raison sociale : _____

Adresse : _____
| _____ | _____**SIRET :** _____ **Email :** _____**Téléphone :** _____ **Télocopie :** _____

Nom de la personne qui gère votre dossier : _____

Souhaitez-vous que les documents suivants lui soient expédiés :

**Etablissements déclarés**➤ **N° Siret :** _____ / _____ **Code APE :** _____**Nom Commercial** _____**Adresse** _____

| _____ | _____

Téléphone _____ Télécopie _____

Portable _____ Email _____

👉 *Nom du propriétaire :* _____➤ **Activité exercée :** Bâtiment Travaux Publics Bâtiment et Travaux Publics
 Autres, à préciser : _____➤ **Convention Collective appliquée :** _____**S'agit-il d'une :** CREATION SUCCESSION / RACHAT MODIFICATION*(changement forme juridique)*

Date : _____

➤ **N° Siret :** _____ / _____ **Code APE :** _____**Nom Commercial** _____**Adresse** _____

| _____ | _____

Téléphone _____ Télécopie _____

Portable _____ Email _____

👉 *Nom du propriétaire :* _____➤ **Activité exercée :** Bâtiment Travaux Publics Bâtiment et Travaux Publics
 Autres, à préciser : _____➤ **Convention Collective appliquée :** _____**S'agit-il d'une :** CREATION SUCCESSION / RACHAT MODIFICATION*(changement forme juridique)*

Date : _____