



MEDEF YONNE

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e) :

NOM

Prénom

Agissant en qualité de

De la Société

Dont le siège est à

L'établissement à

Forme juridique de la Société

SIRET Code NAF

Effectif

Demande à adhérer **au MEDEF Yonne** pour une cotisation de 0,110 %* des salaires plafonnés déclarés à la Sécurité Sociale.

* *Si le calcul de votre cotisation fait apparaître un montant annuel ne dépassant pas 250 € (Euros), la cotisation appelée sera de 250 € (Euros)*

À :

Le :

Cachet et Signature

Merci de nous signaler toutes modifications ultérieures

MEDEF YONNE

FICHE D'INFORMATIONS

SOCIETE, ETABLISSEMENT ADHERENT :

| | | | |
|---|---------------|----------|--|
| Raison Sociale : | | | |
| Coordonnées de l'établissement adhérent | Code postal : | Ville : | |
| | Téléphone : | Fax : | |
| | SIRET | NAF | |
| Activité | | | |
| Conv. Coll. / IDCC | | | |
| Effectif | | | |
| Dirigeant | Prénom, NOM : | | |
| | Fonction : | | |
| | Tél fixe : | Mobile : | |
| | e-mail : | | |

COORDONNEES POUR L'APPEL DE COTISATIONS (SI DIFFERENTES DE L'ADHERENT) :

| | | | |
|------------|----------------------|---------------|--|
| Adresse | Code postal : | Ville : | |
| | Téléphone : | Fax : | |
| | Personne à contacter | Prénom, NOM : | |
| Fonction : | | | |
| Tél fixe : | | Mobile : | |
| e-mail : | | | |

DESTINATAIRES DES INFORMATIONS EN PLUS DE LA DIRECTION :

| | | | |
|-------------------------------|---------------|----------|--|
| Destinataire des Informations | Prénom, NOM : | | |
| | Fonction : | | |
| | Tél fixe : | Mobile : | |
| | e-mail : | | |
| Destinataire des Informations | Prénom, NOM : | | |
| | Fonction : | | |
| | Tél fixe : | Mobile : | |
| | e-mail : | | |
| Destinataire des Informations | Prénom, NOM : | | |
| | Fonction : | | |
| | Tél fixe : | Mobile : | |
| | e-mail : | | |