

Membres Adhérents

Formulaire d'inscription

Merci de remplir ce formulaire et de l'envoyer à l'Entraide, par courrier, fax ou email (adherents@lentraide.fr).

Coordonnées

Raison sociale (1) :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax :

Email :

Numéro Siret :

Code APE :

Secteur d'activité

Production de films

Distribution de films

Post-Production

Exploitation cinématographique

Autres (préciser)

Règlement

Mensuel

Trimestriel

Mode d'appel des cotisations

Email (à privilégier)

Courrier

Date d'inscription souhaitée

Cochez cette case si vous possédez un CE (taux ramené à 0,10%)

Taux de cotisation normal : 0.20% de la masse salariale brute pour les salariés permanents et 0.14% pour les intermittents.
Attention taux ramené à 0.10%, sur les deux catégories, pour les sociétés ayant un Comité d'Entreprise.

(1) Si vous gérez plusieurs établissements, merci de compléter l'annexe 1.

TSVP >



Annexe 1 – A : Liste des établissements

Nom
Contact
Email
Adresse
CP
Ville

Si vous souhaitez inscrire plus de sociétés merci de joindre le détail sur papier libre

Annexe 1 – B : Options de règlement

Chaque établissement reçoit une demande de versement des cotisations. Les fonds sont reversés à la région d'affectation de chacun.

La demande de versement de cotisation est envoyée au siège du groupe (1) qui se charge de régler la globalité de l'appel. Les fonds sont reversés à la région d'affectation du siège.

Établissement sélectionné pour le versement des cotisations :

Comment avez-vous connu l'Entraide ?

Site Internet Salons Bouche à oreille
Autres :

Date :

Cachet :

Nom et Prénom :

Signature :

(1) Coordonnées du siège en page 1 du formulaire

