

**SERVICE ADHÉSION**

Christine Makota  
 03 26 48 64 48 (le matin)  
**c.makota@gasbtp.com**

NUMERO ADHERENT

## BULLETIN D’AFFILIATION Travailleur indépendant

Éléments à nous retourner **IMPÉRATIVEMENT**

Pour votre inscription :

- Bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé
- Mandat SEPA
- Relevé d'identité Bancaire
- Droit d'entrée : 25€ HT soit 30€ TTC
- La cotisation pour une visite médicale : 100€ HT soit 120 € TTC

**RAISON SOCIALE OU DENOMINATION COMMERCIALE**

**Siret :**

**Code NAF :**

ADRESSE DE L’ENTREPRISE

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE

\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

FAX

\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

TÉLÉPHONE PORTABLE

\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

E.MAIL

\_\_\_\_\_

ADRESSE POUR L’ENVOI DES CONVOCATIONS  
*(si différente de l’adresse de l’entreprise)*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ADRESSE DE FACTURATION  
*(si différente de l’adresse de l’entreprise)*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Choisissez **une activité principale** et cochez **une seule case** ci-dessous

Entreprise Générale Bâtiment	1
Maçonnerie - Carrelage	2
Menuiserie Bois PVC - Alu	3
Couverture - Charpente - Étanchéité - Bardage	4
Démolition	5
Plomberie - Chauffage - Climatisation	6
Peinture - Ravalement - Isolation - Vitrierie	7

Revêtement de sol	8
Métallerie - Serrurerie - Charpente Métallique	9
Électricité	10
T.P.	11
Désamiantage	12
Pose placo - Plâtrerie	13

**IDENTITE ARTISAN, ENTREPRENEUR, GERANT**

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**COORDONNÉES DU CABINET COMPTABLE**

NOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Personne à contacter pour les visites médicales : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Nombre de salariés employés: \_\_\_\_\_

Dont apprenti(s) : \_\_\_\_\_

TOTAL :

Date d'embauche du premier salarié : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Je soussigné : \_\_\_\_\_

Responsable de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Déclare avoir pris connaissance et accepte : les clauses des statuts, du règlement intérieur et de la grille tarifaire de l'Association sur le site internet. Je m'engage à fournir une adresse mail nécessaire à l'exécution des prestations (convocation, courrier de prévention et d'information) et d'accepter l'ensemble des éléments reçus par ce moyen.

Demande l'affiliation au Service de Prévention et de Santé au Travail de Reims pour une durée non reconductible tacitement d'une année civile.

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet de l'entreprise**

Service de prévention et de Santé au Travail, Responsable de traitement, collecte vos données dans le cadre de la gestion de votre adhésion. Les destinataires de ces données sont les services internes en charge de la relation adhérents. Service de prévention et de Santé au Travail, conserve vos données pendant la durée de votre adhésion, augmentée des délais de prescription applicables en la matière.

Conformément aux dispositions du règlement européen n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, dit « RGPD », et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation de traitement, d'effacement et de portabilité. L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès du Délégué à la protection des données par courrier électronique à l'adresse suivante [rgpd@gasbtp.com](mailto:rgpd@gasbtp.com) ou par courrier postal à l'attention de M. le Directeur à l'adresse suivante. SPSTP GAS BTP – 1 Rue Emile Cazier – 51100 Reims. Retrouvez la politique de protection des données sur notre site [www.gasbtp.fr](http://www.gasbtp.fr)

# Mandat de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat : \_\_\_\_\_

Réservé au service adhérent



Code de suivi restitué par la banque - N° Adhérent : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- Le SPSTI GASBTP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- Ainsi que votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SPSTI GASBTP.

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,
- Sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

## Débiteur :

Entreprise : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Siret Numéro : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Votre compte :**

BIC :

IBAN:

## Créancier :

Nom du créancier : SPSTI GASBTP  
Adresse : 1 rue Emile Cazier  
51100 REIMS  
N° ICS : FR91ZZZ566307

Type de paiement :  
Paiement récurrent /Répétitif

Signature et cachet de l'entreprise :

Nom et fonction du signataire :

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

➤ **Merci de retourner ce mandat, renseigné et signé, accompagné du RIB**

Au SERVICE ADHÉSION - Christine Makota - 03 26 48 64 48 (le matin)  
[c.makota@gasbtp.com](mailto:c.makota@gasbtp.com)