

FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT D'ADHESION APPEL DE COTISATION ANACOFI 2018

DENOMINATION SOCIALE OU PERSONNE INDEPENDANTE :	
NOM DU DIRIGEANT OU PERSONNE INDEPENDANTE :	
ADRESSE DU SIEGE :	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE :	
TELEPHONE :	
ADRESSE MAIL :	
CORRESPONDANT DE VOTRE STRUCTURE POUR COMMUNICATION ANACOFI (OBLIGATOIRE)	

Cotisation ANACOFI à régler selon les différents cas par Carte Bleue sur votre Espace Adhérent dans « renouvellement 2018 » ou par chèque à l'ordre de l'ANACOFI par courrier postal :

- 275€
- 550€ (groupes de 5 à 20 sociétés OU de 20 à 50 dirigeants actifs et salariés)
- 1100€ au-delà

Pièces à fournir à déposer sur votre espace adhérent dans « Renouvellement 2018 » soit nous faire parvenir par courrier postal :

- Original de K-bis de moins de 3 mois (par courrier si papier **ou** PDF si reçu du greffe)
- Attestation d'assurance RC PRO 2018 (**les dates doivent couvrir jusqu'à février 2019**)
- Attestation ORIAS valable jusqu'au 28/02/2019.



En effet, pour pouvoir être adhérent, il vous faut être enregistré au moins dans une activité réglementée de l'ORIAS.

Acceptez-vous d'être contacté par les marques partenaires :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Acceptez-vous d'être contacté par vos confrères membres de l'association :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Acceptez-vous d'apparaître sur l'annuaire adhérent (à défaut seul le nom de votre entreprise et le département apparaîtront):	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les évolutions réglementaires nous obligent à disposer d'informations plus complètes sur les statuts ou droit d'exercice de votre entreprise ou cabinet. Nous vous remercions de remplir ce nouveau questionnaire :

		Cocher si concerné :	Responsabilité Civile professionnelle	Garantie financière
STATUT :	ASSURANCE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	IOBSP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	IMMO	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
METIER :	CGP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	HAUT DE BILAN	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	INGENIERIE SOCIALE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	AUTRE ; à préciser :.....		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Disposez-vous de la CJA ? (Compétence Juridique Appropriée)		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Avez-vous des attentes spécifiques, des remarques, ... ?

Type de clientèle :

Entreprises

Particuliers

Institutions

Adhésion à d'autres associations, organismes professionnels, ... :

OUI NON

Si OUI, lesquels :

Autres métiers ou professions :

Certifications/diplômes (en rapport avec nos activités):

Date, Signature et cachet :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.

Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : **Service Relation Adhérent de l'ANACOFI-CIF 92, rue d'Amsterdam – 75009 PARIS.**

LISTE DES SALARIES / DIRIGEANTS A INSCRIRE

(Tableau à compléter au nombre de personnes concernées)

	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant
Nom (avec civilité) et Prénom :		
Date et lieu de naissance (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant
Nom (avec civilité) et Prénom :		
Date et lieu de naissance (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> dirigeant
Nom (avec civilité) et Prénom :		
Date et lieu de naissance (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

Date :

Signature et cachet :