

**Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour le traitement des dossiers d'adhésion à une association professionnelle.**

**Elles sont conservées pendant 10 ans, à compter de la radiation, et sont destinées au service adhésion.**

**Conformément à la loi informatique et libertés, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant l'ANACOFI 92 rue d'Amsterdam 75009 PARIS.**

## PERSONNE MORALE ou PERSONNE ENREGISTREE EN INDEPENDANTE

DENOMINATION SOCIALE OU PERSONNE INDEPENDANTE :		Membre ANACOFI	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
NOM et PRENOM		Membre ANACOFI-CIF	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ADRESSE SIEGE :		Membre ANACOFI-ASSURANCES	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ADRESSE CORRESPONDANCE :		Membre ANACOFI-IOBSP	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
TELEPHONE :				
MAIL :				
CODE NAF/APE :				
SIREN OU SIRET :				
NOMBRES SALARIES :				

Êtes-vous membre d'une association confédérée ANACOFI (**certificat d'adhésion demandé**) ?

Exonèrent de la cotisation ANACOFI Association Mère :

ANCDGP

CSCA

N'exonèrent pas de la cotisation ANACOFI Association Mère :

EFPA

CGPC

Finance Innovation

CNCFA

Êtes-vous membre d'un réseau ou groupement membre de l'ANACOFI ?

Oui (nous fournir l'attestation d'affiliation)

Non

Si oui lequel ?

**Sinon, en cas d'adhésion décalée, merci de nous fournir l'inscription ANACOFI**



## MEDIATEUR



**Vous avez l'obligation de proposer un médiateur de la consommation valide à vos clients personnes physiques. Pour être membre de l'ANACOFI-IMMO il est donc obligatoire d'avoir un médiateur**

Vous pouvez naturellement disposer d'un autre médiateur de la consommation validé par la commission nationale :

Si oui      Lequel :

Si non, engagement d'adhésion <https://www.anm-conso.com/prof-03.php?id=1>

## LISTE DES SALARIES / DIRIGEANTS A INSCRIRE POUR BENEFICIER DES FORMATIONS ANACOFI-IMMO ET/OU ETRE SUIVIS PAR L'OUTIL DE COMPTAGE FORMATION.

*(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 naissance0 (avec dept) :		
Adresse Correspondance :		
Téléphone :		
Mail :		

Date :

Signature et cachet :

