

CAISSE NATIONALE DES COOPERATIVES  
88 RUE DE COURCELLES  
75008 PARIS

**Pour nous contacter :**

Votre espace dédié sur Cibtp-cooperatives.fr  
Email : carine.fu@cibtp-cooperatives.fr  
Téléphone : 01 46 22 98 64

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE**

Nom : \_\_\_\_\_  
et / ou  
Dénomination sociale : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_ NAF : \_\_\_\_\_

Adresse du siège : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<p>Statut de l'entreprise :</p> <p><input type="checkbox"/> SCOP (Société Coopérative et Participative)</p> <p><input type="checkbox"/> Coopérative Loi 47</p> <p><input type="checkbox"/> SCIC (Société Coopérative d'Intérêt Collectif)</p> <p><input type="checkbox"/> CAE (Coopérative d'Activité et d'Emploi)</p> <p><input type="checkbox"/> SCE (Société Coopérative Européenne)</p> <p><input type="checkbox"/> Coopérative Artisanale</p> <p><input type="checkbox"/> Autre à préciser : _____</p>	<p>Forme juridique :</p> <p><input type="checkbox"/> SARL (Société à responsabilité limité)</p> <p><input type="checkbox"/> SA (Société anonyme)</p> <p><input type="checkbox"/> SAS (Société par actions simplifiée)</p>
---	---

Activité principale : \_\_\_\_\_

Activité(s) secondaire(s) : \_\_\_\_\_

Convention collective appliquée :  Bâtiment  Travaux Publics  Autre à préciser : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) dirigeant(e) : \_\_\_\_\_

- Déclare avoir pris connaissance de mes obligations légales et réglementaires en matière de congés payés dans les professions du BTP, notamment codifiées aux articles D. 3141-12 et suivants du code du travail, ainsi que des statuts et règlement intérieur de la caisse et des dispositions autorisant la compensation entre les crédits portés à mon compte et les cotisations à ma charge.
- Déclare adhérer à la caisse à partir de la date d'embauche de mon premier salarié.
- M'engage, lorsque c'est nécessaire et pour autant que la Caisse Nationale des Coopératives ne cotise pas directement, à effectuer les régularisations des cotisations de retraite complémentaire et de prévoyance afférentes aux indemnités de congés payés versées par la Caisse Nationale des Coopératives aux salariés concernés et à régler lesdites cotisations aux institutions de retraite complémentaire et de prévoyance.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**MENTION "Lu et approuvé" ET SIGNATURE DU DIRIGEANT**

**CACHET DE L'ENTREPRISE**

**Suite au verso**

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement par la caisse dans le but d'assurer la gestion des régimes congés payés et/ou chômage intérimaires. Ces données sont conservées pendant la durée de votre affiliation, sans préjudice des obligations particulières de conservation ou des délais de prescription. Pour connaître vos droits sur ces traitements, rendez vous sur le site internet de la caisse Cibtp-cooperatives.fr « Mentions légales / protection des données à caractère personnel ».

**ADRESSE POSTALE**

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Télécopie : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**DIRIGEANT(S)**

Qualité : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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

Titulaire d'un contrat de travail :  OUI  NON Titulaire d'un contrat de travail :  OUI  NON

**DETAILS DE L'ENTREPRISE**

Date de création : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TESE :  OUI  NON

Registre du commerce : Ville : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de salariés : \_\_\_\_\_ Depuis le (date d'embauche du 1er salarié) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ouvriers : \_\_\_\_\_ ETAM : \_\_\_\_\_ Cadres : \_\_\_\_\_ Apprentis : \_\_\_\_\_

Le personnel est déclaré :  à l'URSSAF  à la MSA

Régime de retraite PRO BTP :  OUI  NON Horaire collectif hebdo : \_\_\_\_ h

Si non, autre caisse (nom et adresse) : Ouvriers : \_\_\_\_\_  
 ETAM : \_\_\_\_\_  
 Cadres : \_\_\_\_\_

L'entreprise a-t-elle déjà été inscrite à une caisse du réseau Congés Intempéries BTP ?  
 NON  
 OUI (laquelle ?) \_\_\_\_\_  
Nom de la caisse de congés payés

S'agit-il d'une reprise ?  
 NON  
 OUI \_\_\_\_\_  
Numéro d'adhérent                      Numéro de caisse                      Motif de fermeture

**CABINET COMPTABLE**

*(A indiquer si le comptable établit les salaires)*

Raison sociale du cabinet : \_\_\_\_\_

Correspondant du cabinet : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopie : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**CADRE RESERVE A LA CAISSE**

ASSUJETISSEMENTS    Fédération FFB     BAT  
 Fédération SCOP     BAT     TP  
 Intempéries         GO     SO

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT**  
 Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP)  
 Copie des statuts de l'entreprise