

**Coordonnées et informations**

Nom de l'organisme .....  
 Nom/email du représentant légal .....  
 Code APE/NAF ..... N° SIRET .....  
 Convention collective .....  
 Réseau .....  
 Adresse .....

Code postal ..... Ville .....  
 Téléphone : ..... Fax : .....

**Contact responsable (le contact responsable doit avoir la fonction employeurs) :**

Nom et prénom .....  
 Fonction .....  
 Adresse mail (pas d'adresse générique) ..... Téléphone .....

**Autre contact**

Nom et prénom .....  
 Fonction .....  
 Adresse mail (pas d'adresse générique) ..... Téléphone .....

**Chiffres clés – année de référence 2018**

Chiffre d'affaires .....  
 Masse salariale brute .....  
 Nombre de salariés  
 (Personnes physiques) .....  
 Nombre d'ETP .....  
 Nombre de salariés titulaires d'un contrat de travail  
 au cours du mois de décembre 2018 (et non l'effectif au 31/12) : .....

**Activités et précisez votre activité principale**

.....

**Montant de la cotisation**

Part fixe	Part variable si CA 2018 > 1 M € 0,055% du CA	Total Cotisation 2019 <i>(Montant plafonné à 9 300 €)</i>
300 euros		
<b>Joindre obligatoirement les justificatifs BPF et MSB 2018 (journal de paie, balance, ...)</b>		

**Renvoyer à :**

Synofdes c/o CNEA - 88 rue Marcel Bourdarias CS 70014  
 94146 Alfortville cedex

Chèque à l'ordre du Synofdes ou  
 Virement sur le compte du Crédit Coopératif Mériadeck  
 IBAN FR76 4255 9100 0008 0117 1500 061  
 BIC CCOPFRPPXXX

**Fait le,**

**Signature du représentant légal et cachet :**