

## **Demande de dossier d'adhésion – employeurs d'intermittents du spectacle DOM-TOM**

L'équipe du CMB vous remercie de la confiance que vous lui accordez. Afin de permettre au service relations adhérents de traiter votre demande, merci de compléter tous les éléments ci-dessous et de nous retourner ce formulaire :

- Par mail : [adhesion@cmb-sante.fr](mailto:adhesion@cmb-sante.fr)
- Par fax : 01 42 60 38 40

### **Information relative au montant de la cotisation santé au travail :**

En tant qu'employeur, vous devez vous acquitter de la cotisation santé au travail calculée sur l'assiette sociale prise en compte pour les cotisations de retraite.

La cotisation santé au travail s'élève à 0,32% de la masse salariale de l'année précédente à laquelle s'ajoute la TVA.

La cotisation santé au travail est due à terme échu (paiement en février pour la masse salariale de l'année précédente).

**Date de la demande :** .....

**Code NAF :** .....

**N° de SIRET :** .....

**Secteur d'activité :** .....

**Nom de la société :** .....

**Adresse :** .....

.....

.....

**N° de téléphone :** .....

**Adresse e-mail de l'interlocuteur :** .....

**Prénom et nom de l'interlocuteur :** .....

**Fonction de l'interlocuteur** (cocher la mention appropriée) :

Comptabilité                      Direction                      Ressources Humaines                      HSE, qualité

Secrétariat

**Informations complémentaires :** .....

.....