

Service affiliation AFF - 001

Pour tout renseignement, contacter le service affiliation:

- affiliation@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site www.cavimac.fr

**DÉCLARATION
D'ADHÉSION D'UNE
COLLECTIVITÉ RELIGIEUSE ***

* AYANT UN ÉTABLISSEMENT EN FRANCE



La sécurité sociale des cultes

Identification de la collectivité

Nom de la collectivité : _____

Culte d'appartenance

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Adventiste | <input type="checkbox"/> Hindouiste | <input type="checkbox"/> Témoins de Jéhovah |
| <input type="checkbox"/> Anglican | <input type="checkbox"/> Judaïque | <input type="checkbox"/> Autres églises chrétiennes |
| <input type="checkbox"/> Bouddhique | <input type="checkbox"/> Musulman | <input type="checkbox"/> Autre culte (à préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Catholique | <input type="checkbox"/> Orthodoxe | _____ |
| <input type="checkbox"/> Évangélique | <input type="checkbox"/> Protestant | _____ |

Nature et forme de la collectivité

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Association loi 1901 | <input type="checkbox"/> Association de fait | <input type="checkbox"/> Autres formes de collectivité religieuse |
| <input type="checkbox"/> Association loi 1905 et assimilée | <input type="checkbox"/> Congrégation religieuse | (à préciser) _____ |

Si vous êtes membre d'une fédération ou d'une Union nationale indiquez son nom : _____

Représentant légal de la collectivité *

Nom : _____ Prénoms : _____
(dans l'ordre de l'état civil)

Titre / Fonction : _____

Adresse du siège de la collectivité : _____

Code postal : **Ville :** _____

N°SIRET :

(À renseigner obligatoirement)

Téléphone :

Adresse du lieu de culte si différente du siège de la collectivité : _____

Code postal : **Ville :** _____

Responsable désigné(e) pour les relations avec le régime social des cultes

Nom : _____ Prénoms : _____
(dans l'ordre de l'état civil)

Titre / Fonction : _____

Adresse : _____

Code postal : **Ville :** _____

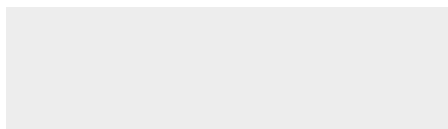
Téléphone :

E-mail : _____ @ _____

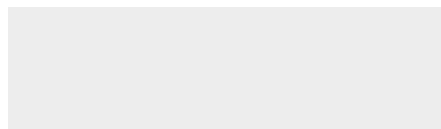
Certification de la collectivité

Fait à _____, le

CACHET DE LA COLLECTIVITÉ



SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL *



En cas de fraude sociale en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (CSS, art. L. 114-17 du Code de la sécurité sociale), vous encourez des sanctions et êtes passibles d'amende et/ou d'emprisonnement voire de pénalités financières (CSS, art. L. 114-16-2).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/ 679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de la déléguée à la protection des données : dpo@cavimac.fr
Le Tryalis - 9 rue de Rosny 93100 MONTREUIL - www.cavimac.fr