

BULLETIN D'ADHESION au SYCRA

Dénomination du Cabinet :

Nom, prénom, du Représentant légal :

Adresse du Cabinet :

n° ORIAS :

n° Téléphone fixe :

n° téléphone portable :

Adresse e-mail :

Cotisation du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2019 : **250 €** par membre, plus un pourcentage sur le C.A (*0,1% sur un CA inférieur à 1.000.000 €, 0,124% sur un CA compris entre 1.000.000 € et 5.000.000 €, 0,075% sur un CA supérieur à 5.000.000 €*).

Règlement à l'ordre du SYCRA : _____

Date :

Signature

Confraternellement vôtre et merci de votre confiance.

A retourner à l'adresse ci-dessous.