



# BULLETIN D'ADHÉSION 2023

## REPRÉSENTANT LÉGAL

Civilité : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

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

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nom de la Société : \_\_\_\_\_

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

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Chiffre d'affaires (N-1) : \_\_\_\_\_ Masse Salariale brute (N-1) : \_\_\_\_\_

Description du cabinet et des principales activités : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INTERLOCUTEUR POUR LE SYNDICAT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

J'autorise le Syndicat à m'envoyer des informations oui non

## CONSENTEMENT

J'adhère au Syndicat Professionnel des Intermédiaires d'Assurance

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

En signant et adressant le présent formulaire au SPIA, le candidat reconnaît :

- Qu'il est informé qu'un traitement de données personnelles est réalisé pour la gestion des adhésions du Syndicat et qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi 1.165 sur la protection des informations nominatives.