



BULLETIN D'ADHÉSION 2024

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.