

DEMANDE D'ADHESION POUR L'ANNEE 2020

(UN CERTIFICAT A REMPLIR PAR ETABLISSEMENT)

RAISON SOCIALE

NUMERO SIRET (14 CHIFFRES)

Structure juridique :

Adresse :

Code postal & localité :

Téléphone :

Email :

Site web :

RESPONSABLE DE LA SOCIETE :

M / Mme : Prénom

Fonction:

Adresse mail directe :

Tél. direct :

SERVICE COMPTABLE (adresse qui sera utilisée pour les relations comptables) :

M / Mme : Prénom

Fonction:

Adresse mail directe :

Tél. direct :

CONTACTS AVEC L'UNPDM (adresses mails qui seront utilisées pour l'envoi des informations) :

M / Mme : Prénom

Fonction:

Adresse mail directe :

Tél. direct :

M / Mme : Prénom

Fonction:

Adresse mail directe :

Tél. direct :

M / Mme : Prénom

Fonction:

Adresse mail directe :

Tél. direct :

❖ **Données sociales pour mieux connaître votre structure :**

Nombre de salariés au 31 décembre 2019, tel que renseigné dans la DSN en effectif et pas en équivalent temps plein (CDI/CDD y compris contrats d'apprentissage et contrats de professionnalisation-hors intérimaires et stagiaires)

Nombre de salariés au 31 décembre 2019

Quel est le nom de votre Convention collective ? numéro IDCC ?

.....

Quel est le code NAF de votre entreprise ?

.....

Nombre et détail des Diplômes Professionnels au sein de la structure (Orthopédistes-orthésistes, infirmiers, pharmaciens, ...) :

❖ **Autres données pour mieux connaître votre structure :**

Chiffre d'affaires global HT 2016

Chiffre d'affaires global HT 2017

Chiffre d'affaires global HT 2018

Au titre de la LPP :%

Hors LPP :%

❖ **Dans la partie de votre CA « au titre de la LPP », quelle est la part de votre CA en %, pour le dernier exercice clos, concernant les secteurs d'activité suivants :**

SECTEURS D'ACTIVITE	PART DU CHIFFRE D'AFFAIRES EN %
Aérosolthérapie	
Insuffisance respiratoire	
Dont Pression Positive Continue	

<i>Perfusion</i>	
<i>Diabète</i>	
<i>Nutrition entérale</i>	
<i>Nutrition parentérale</i>	
<i>Supplémentation orale</i>	
<i>Prévention des escarres (matelas et coussins)</i>	
<i>Lit médicaux et accessoires</i>	
<i>Appareil modulaire de verticalisation</i>	
<i>Cannes et béquilles</i>	
<i>Coussin de positionnement</i>	
<i>Déambulateurs</i>	
<i>Soulève-personne</i>	
<i>Articles pour pansements.</i>	
<i>Matériels de contention et de compression vasculaires</i>	
<i>Orthèses</i>	
<i>Prothèses de sein</i>	
<i>Podo-orthèses</i>	
<i>Orthoprothèses</i>	
<i>Véhicules pour handicapés physiques</i> <ul style="list-style-type: none">• vente• location	

❖ **Quelle est la répartition par type de client de votre CA en %, pour le dernier exercice clos?**

Type de client	Répartition en % du CA
<i>Particuliers</i>	
<i>Professionnels (médecins, infirmiers, kiné ...)</i>	
<i>Collectivités hospitalières</i>	
<i>EHPAD</i>	
<i>Autres (préciser)</i>	

Je reconnais avoir pris connaissance des Statuts, du règlement intérieur, de la Charte Qualité de l'UNPDM et des règles générales de fonctionnement de l'UNPDM, et je m'engage à les respecter et à m'acquitter des cotisations dues.

Je m'engage à fournir à l'UNPDM la liste des magasins franchisés à jour à chaque début d'année pour pouvoir générer l'appel de cotisation de l'année qui débute.

Je m'engage à porter à la connaissance de l'UNPDM toutes informations (changement de coordonnées, etc) nécessaires au bon échange d'informations, ainsi que toute modification de la liste des magasins franchisés, notamment s'agissant de leur nombre si cela devait modifier considérablement la base de la cotisation en cours d'année.

J'accepte explicitement l'utilisation des coordonnées transmises via ce formulaire pour l'envoi d'informations régulières au sujet de mon activité et pour contribuer à des enquêtes dans l'intérêt de la profession. Les données seront stockées le temps de leur traitement et pour une durée maximale de 24 mois après la fin de mon adhésion à l'UNPDM.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans une base de données pour le traitement des demandes exprimées. Elles sont conservées pendant 24 mois après la fin de l'adhésion. Elles sont destinées exclusivement à l'UNPDM, et ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en nous sollicitant par mail explicite à l'adresse de l'UNPDM.

Fait à _____ le _____ 2020

Cachet de l'entreprise

Nom et signature du Déclarant :