

APPEL A COTISATION 2017

Etablissement ou Service

(Géré par une Association, Mutuelle, Fondation, ...)

« Unissons nos forces pour renforcer les solidarités »

C'est le sens à donner à cette cotisation

Barème des cotisations 2017

Etablissement ou service d'un organisme gestionnaire

☐ **Budget* inférieur à 382.000 €**

Montant de la cotisation est de **305,00 €**

Après calcul, le montant de la cotisation ne peut être inférieur à 305 € (Cotisation minimum)

☐ **Budget* compris entre 382.000 € et 1.500.000 €**

Montant de la cotisation est de : **0,8/1000 du budget géré***

☐ **Budget* supérieur à 1.500.000 €**

Montant de la cotisation est de :

1.200 € + [(montant du budget géré - 1.500.000€) x 0,2/1000]**

(*) Montant des dépenses de la classe 6

(**) Correspond à 0,8/1.000 de 1.500.000 €

Pensez à utiliser la feuille de calcul EXCEL
pour calculer le montant de votre cotisation

Selon Barème des cotisations voté en Assemblée générale du 10 MAI 2001

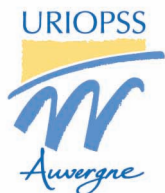
En vous remerciant de votre militantisme



A retourner accompagné du règlement de la cotisation à
URIOPSS Auvergne
Rue Marie Marvingt – CS 10001 Cébazat – 63360 GERZAT

Dès réception de votre cotisation, vous recevrez votre carte d'adhérent





FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017

Organisme Gestionnaire (Association, Mutuelle, Fondation, ...)

NOM DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

Adresse

Tél.

Email

http://www.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nbre de salarié(s) : _____ / _____ ETP

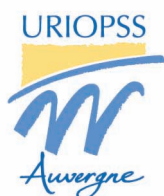
Nbre de bénévoles : _____

- ☐ Applique une convention collective [merci de préciser laquelle] :
- ☐ N'applique pas de convention collective
[merci de préciser si existence d'un accord collectif d'entreprise] :
- ☐ Adhère à un syndicat employeur [merci de préciser lequel] :

Votre OPCA :

PERSONNES CONTACTS

PRESIDENT(E)	Nom & Prénom	
	Email personnel	
	Adresse personnelle et/ou N° de Portable (facultatif)	
DIRECTEUR(TRICE) GENERAL(E) DIRECTEUR(TRICE)	Nom & Prénom	
	Email personnel	
	N° de portable (facultatif)	
DIRECTEUR(TRICE) RH/ RESPONSABLE RH	Nom & Prénom	
	Email personnel	



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017

Etablissement / Service cotisant

NOM DE L'ETABLISSEMENT/SERVICE

Adresse

Tél.

Email

http://www.

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nbre de salarié(s) : _____ / _____ ETP

Nbre de lits ou places : _____

- ☐ Applique une convention collective [merci de préciser laquelle] : _____
- ☐ N'applique pas de convention collective
[merci de préciser si existence d'un accord collectif d'entreprise] : _____
- ☐ Adhère à un syndicat employeur [merci de préciser lequel] : _____

Votre OPCA :

PERSONNES CONTACTS

DIRECTEUR(TRICE)	Nom & Prénom	
	Email (personnel)	
	N° de portable (facultatif)	
RESPONSABLE RH	Nom & Prénom	
	Email (personnel)	

CALCUL DE LA COTISATION

Merci de cocher et compléter les cases correspondantes :

Pour vous aider au calcul de votre cotisation, **se référer** à la fiche de calcul EXCEL joint à l'appel à cotisation.

	Mon budget est :	MONTANT DE MON BUDGET :	MA COTISATION EST DE :
☐	Inférieur à 382.000 €		
☐	Compris entre 382.000 € et 1.500.000 €		
☐	Supérieur à 1.500.000 €		