

BULLETIN D'ADHESION



Réservé à ACRI	
Adhésion	
Début de mission	
N° d'adhésion	

Votre identité (*en majuscules*)

Civilité : Mr Mme Mlle :

Profession :

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Tél :

Fax :

N° SIRET :

Code APE :

Adresse personnelle :

Tél :

E-mail :

Date précise de début d'activité :

Assujetti à la TVA : oui non

Votre cabinet comptable

Nom :

Adresse :

Nom et adresse mail de votre comptable :

DECLARE :

1. Adhérer à ACRI
2. M'engage à respecter les obligations
3. Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

FAIT A :

LE :

SIGNATURE :