

BP 972 – PAPEETE
Tel: 40 50 19 99
Fax : 40 45 63 64
sistra@sistra.pf

BORDEREAU DE DECLARATION

Si suivi médical antérieur assuré par l'Amt-Cgpm, préciser par quel médecin Dr :.....

DEMANDE D'ADHESION - Année 2020

L'entreprise (raison sociale) :

Activité de l'entreprise :

N° Tahiti : N° Registre Commerce :

Adresse géographique de l'entreprise :
(Renseignement impératif)

Boite postale : Code Postal : Commune et île :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Responsable de l'entreprise :

Nom, Prénom : Agissant en qualité de :

Déclare solliciter son adhésion au SISTRA pour l'ensemble du personnel salarié pour l'année 2020.

Responsable de l'entreprise chargé du suivi des visites médicales :

Nom, Prénom : Agissant en qualité de :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Effectif de mon entreprise (si total < 100) salariés X 8 400 F.CFP =
Effectif de mon entreprise (si total > 100 et < 500)..... salariés X 8 350 F.CFP =
Effectif de mon entreprise (si total > 500) salariés X 8 250 F.CFP =

SMO	SMR

Total à régler :

Mode de règlement :

- Chèque bancaire établi à l'ordre du SISTRA et adressé à la BP 972 – 98713 PAPEETE
 - Virement bancaire à l'ordre du SISTRA
- Compte N° 17469 00024 70286400094 54 ouvert à la banque SOCREDO

Les cotisations n'étant dues qu'à l'ouverture de l'adhésion, si les documents que vous nous retournez sont accompagnés d'un chèque, ce dernier ne sera encaissé qu'à l'ouverture du contrat.
De ce fait, nous vous demandons de ne pas régler votre cotisation par virement avant réception de votre facture d'adhésion.

Fait à : le :
Tampon et signature :