

## Établissement titulaire de l'adhésion

Le renseignement de votre effectif salarié est obligatoire pour l'enregistrement de votre adhésion.

SIRET \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_

Raison sociale \_\_\_\_\_

Enseigne \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Mieux vous connaître (Informations confidentielles)

Salon indépendant

Salon franchisé

Coiffure à domicile

Nb de salariés (Hors apprentis) \_\_\_\_\_ Nb d'apprentis \_\_\_\_\_ Chiffre d'affaire (en €) \_\_\_\_\_

## Représentant de l'établissement

Civilité  Mme  M.

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

*Ce représentant est titulaire au titre de son adhésion  
d'une assurance "fracture" incluse dans le tarif de base.*

Conjoint et salariés peuvent bénéficier d'assurances supplémentaires (+28€ / souscripteur).

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

## COTISATION

Je joins un chèque de

\_\_\_\_\_ €

Date

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

## RÉSERVÉ UNEC

- 0 Salarié  
 1 Salarié et +

### Tarif

- Plein tarif  
 Créateur/Rep.  
 Nouv. adhésion  
 2<sup>nd</sup> Ets  
 > 2 Ets  
 Domicile  
 Soutien

N° D'ADHÉRENT

\_\_\_\_\_

## Établissement titulaire de l'adhésion

Le renseignement de votre effectif salarié est obligatoire pour l'enregistrement de votre adhésion.

SIRET \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_

Raison sociale \_\_\_\_\_

Enseigne \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Mieux vous connaître (Informations confidentielles)

Salon indépendant

Salon franchisé

Coiffure à domicile

Nb de salariés (Hors apprentis) \_\_\_\_\_ Nb d'apprentis \_\_\_\_\_ Chiffre d'affaire (en €) \_\_\_\_\_

## Représentant de l'établissement

Civilité  Mme  M.

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

*Ce représentant est titulaire au titre de son adhésion  
d'une assurance "fracture" incluse dans le tarif de base.*

Conjoint et salariés peuvent bénéficier d'assurances supplémentaires (+28€ / souscripteur).

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

## COTISATION

Je joins un chèque de

\_\_\_\_\_ €

Date

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

## RÉSERVÉ UNEC

0 Salarié

1 Salarié et +

### Tarif

Plein tarif

Créateur/Rep.

Nouv. adhésion

2<sup>nd</sup> Ets

> 2 Ets

Domicile

Soutien

N° D'ADHÉRENT

\_\_\_\_\_

## Établissement titulaire de l'adhésion

Le renseignement de votre effectif salarié est obligatoire pour l'enregistrement de votre adhésion.

SIRET \_\_\_\_\_ Date de création \_\_\_\_\_

Raison sociale \_\_\_\_\_

Enseigne \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## Mieux vous connaître (Informations confidentielles)

Salon indépendant

Salon franchisé

Coiffure à domicile

Nb de salariés (Hors apprentis) \_\_\_\_\_ Nb d'apprentis \_\_\_\_\_ Chiffre d'affaire (en €) \_\_\_\_\_

## Représentant de l'établissement

Civilité  Mme  M.

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Portable \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

*Ce représentant est titulaire au titre de son adhésion  
d'une assurance "fracture" incluse dans le tarif de base.*

Conjoint et salariés peuvent bénéficier d'assurances supplémentaires (+28€ / souscripteur).

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

## COTISATION

Je joins un chèque de

\_\_\_\_\_ €

Date

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

## RÉSERVÉ UNEC

- 0 Salarié  
 1 Salarié et +

### Tarif

- Plein tarif  
 Créateur/Rep.  
 Nouv. adhésion  
 2<sup>nd</sup> Ets  
 > 2 Ets  
 Domicile  
 Soutien

N° D'ADHÉRENT

\_\_\_\_\_