

## DEMANDE D'ADHESION POUR L'ANNEE 2024

(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**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail directe :

Tél. direct :

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

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail directe :

Tél. direct :

### **ACCES A L'ESPACE ADHERENT ET RECEPTION DES INFORMATIONS DE L'UNPDM**

**Adresse mail unique de connexion à l'espace adhérent  
(identifiant unique pour tous les membres de l'entreprise) :**

**Adresses mails qui seront destinataires des newsletters :**

.....  
.....  
.....

Nombre de salariés au 31 décembre 2023, 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)

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, etc.) :

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

Chiffre d'affaires global HT 2021.....

Chiffre d'affaires global HT 2022.....

Chiffre d'affaires global HT 2023.....

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	
Oxygénothérapie	
Pression Positive Continue	
Perfusion	
Diabète	
Nutrition entérale	

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

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

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

❖ **Quels sont vos secteurs géographiques (préciser départements) ?**

- 
- 
- 
- 

❖ **Avec quelles CPAM avez-vous signé une convention tiers payant ?**

- 
- 
- 

Numéro CPAM de la société

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

❖ **Quels sont les Points de vente autres que le siège ?**

(si plus de 3 points de vente, nous vous remercions de nous fournir une liste)

Nom :  
adresse :  
Tél :  
Nom du responsable :

Nom :  
adresse :  
Tél :  
Nom du responsable :

Nom :  
adresse :  
Tél :  
Nom du responsable :

❖ **Appartenez-vous à un Groupement ?**

oui  non

Si oui lequel ?

❖ **La société appartient-elle à un groupe ?**

oui  non

Si oui lequel ?

❖ **Est-elle franchisée ?**

oui  non

Si oui laquelle ?

❖ **Etes-vous adhérent à un autre Syndicat ?**

oui  non

Si oui lequel ?

❖ **Etes-vous engagé dans une démarche de certification qualité ?**

oui

Si oui laquelle et depuis combien de temps ?

non

Pour quelles raisons ?

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.

En cas d'adhésion d'un groupement d'entreprise, 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

2024

**Cachet de l'entreprise**

Nom et signature du Déclarant : .....