



Chambre Professionnelle du Conseil

16, Place du Général de Gaulle 13231 MARSEILLE Cedex 01

Tel : 04.91.57.71.45. / Fax : 04.91.57.71.41. / e-mail: secretariat@cpcprovence.fr

DEMANDE D'ADHESION

Je soussigné(e) **Prénom** : **Nom** :

Membre du Cabinet

En qualité de :

demande à adhérer à la Chambre Professionnelle du Conseil Provence "CPC Provence" et déclare par la présente partager et accepter sans réserve les statuts, le règlement intérieur, les objectifs et la Charte Déontologique de l'association*.

* L'adhésion ne serait être automatique. Toute candidature est soumise à l'appréciation - sur l'aspect éthique et technique - de deux membres actifs nommés par le Bureau qui prend alors la décision d'accepter ou non le candidat (cf. Art. I du Règlement Intérieur).

La cotisation annuelle (1er Janvier au 31 Décembre) de membre adhérent de **358,8 € TTC (300,00 € HT)** est réglée par chèque ci-joint :

Pour les consultants en démarrage d'activité ou les personnes sans n° de SIRET, une tarification spécifique est applicable. Veuillez consulter la fiche tarifaire.

Pour toute adhésion supplémentaire de consultant salarié appartenant à la même entité, le tarif applicable est de **179,4 € TTC (150,00 € HT)** (Remplir une fiche d'identification par salarié)

Adhésion(s) supplémentaire(s) :

Prénom : Nom :

Prénom : Nom :

Prénom : Nom :

Soit **adhésion(s) pour un montant total de**.....**€**

Fait à : le :

Signature et cachet :

(lu et approuvé)

Merci de retourner votre demande d'adhésion **accompagnée d'un exemplaire signé de la Charte Déontologique** à :

FICHE D'IDENTIFICATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CABINET (personne physique ou personne morale)

- Pour la bonne instruction de votre dossier, nous vous remercions de renseigner tous les champs -

Raison sociale :		Sigle	
Société <input type="checkbox"/>	Libéral <input type="checkbox"/>	Portage <input type="checkbox"/>	Association <input type="checkbox"/>
Adresse :			
Code Postal	Ville :	Date début d'activité.....	
. N°SIRET :			
. APE :			
...			
Tel :		Fax :	
. Mobile :			
E-mail :			
Site web :			

Adresse du Siège Social (si différente):	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Nombre d'établissements :	
Adresse de l'établissement Principal (si différent du candidat) :	
.....	
.....	
Responsable du Cabinet :	
Prénom :	Nom :
Né(e) en :	
Tél :	Mobile :
e-mail :	
..	

Représenté par : (si différent du responsable)	
Prénom :	Nom :
Né(e) en :	
Tél :	Mobile :
e-mail :	
..	
Principal domaine d'expertise :	
Ancienneté dans le Cabinet, depuis et dans la profession, depuis	

Nombre de consultants dans la structure :		CA en 2009	€uros
Activité principale (à hiérarchiser): Audit <input type="checkbox"/> Etude <input type="checkbox"/> Conseil <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/>			
Pourcentage du CA réalisé en prestations de services d'ordre strictement intellectuel :			
.%			
Dont en conseils : %			
Avez-vous une Assurance Responsabilité Civile Professionnelle ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Avez-vous une Qualification Professionnelle (OPQCM,...) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Laquelle :			
...			

Votre principal domaine de compétences : N°.....(Un seul s.v.p. parmi les 16 ci-dessous extraits de la classification OPQCM)

Cochez les cases correspondant à vos autres domaines de compétences

- | | |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Stratégie et politique d'entreprise | 9. <input type="checkbox"/> Création, transmission, cession de PME |
| 2. <input type="checkbox"/> Marketing et commercial | 10. <input type="checkbox"/> Management intégré (QSE) |
| 3. <input type="checkbox"/> Production et logistique | 11. <input type="checkbox"/> Communication, Relations Publiques |
| 4. <input type="checkbox"/> Ressources Humaines | 12. <input type="checkbox"/> Etudes de marché |
| 5. <input type="checkbox"/> Système d'information et T.I.C. | 13. <input type="checkbox"/> Recrutement |
| 6. <input type="checkbox"/> Technologie, R& D | 14. <input type="checkbox"/> Ergonomie |
| 7. <input type="checkbox"/> Finances – Audit et gestion des risques | 15. <input type="checkbox"/> Accompagnement à l'international |
| 8. <input type="checkbox"/> Management de projets | 16. <input type="checkbox"/> Conseil en formation |
| | 17. <input type="checkbox"/> Achats |

DESCRIPTION SUCCINCTE DE VOTRE ACTIVITE (200 caractères max.) :

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

TYPOLOGIE CLIENTS :

	% CA		% CA
1. Grands groupes	4. Administrations
2. P.ME. / P.M.I.	5. Collectivités locales
3. TPE	6. Associations

SECTEURS D'ACTIVITES :

1. Agriculture, agroalimentaire	9. Industrie biens de consommation
2. Bâtiment, travaux publics	10. Industrie biens d'équipement
3. Commerce, distribution	11. Industrie biens intermédiaires
4. Organismes financiers	12. International
5. Services aux entreprises	13. Transport
6. Services aux particuliers	14. Tourisme
7. Santé	15. Tous secteurs

REFERENCES

Dernières références les plus représentatives de l'activité, type d'intervention, interlocuteur :

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

N'hésitez pas à joindre à votre demande votre plaquette de présentation