

GROUPE



ÉTABLISSEMENT PUBLIC
DIRECTION DES RETRAITES ET DE LA SOLIDARITE

Établissement de Bordeaux
Direction de la solidarité et des risques
professionnels

**DEMANDE D'AFFILIATION
AU FONDS NATIONAL DE COMPENSATION
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
ET DE L'ALLOCATION SPECIFIQUE DE LA
CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE**

			<i>Exemple :</i>	
nom de votre collectivité	ligne 1			Syndicat intercommunal
	ligne 2			d'assainissement
acheminement aux normes postales	ligne 3			Hôtel de ville
	ligne 4			2 rue Victor Hugo
	ligne 5			BP 26
commune	ligne 6	code postal :	commune :	33000 BORDEAUX
	code INSEE de la commune		---	33 063
votre n° de téléphone				
votre adresse électronique	@.....		
votre n° de SIRET : joindre l'avis d'inscription à l'INSEE		-----		253 302 635 00014
dénomination et adresse du comptable payeur de votre collectivité			
code Codique de votre Trésorerie			063 008
date à partir de laquelle la collectivité emploie au moins un fonctionnaire (stagiaire ou titulaire)			

Nota : Si votre collectivité reprend les compétences d'une collectivité dissoute, joindre une copie de l'arrêté préfectoral de dissolution.

A.....
Le.....

L'ordonnateur de la collectivité
(Signature et cachet)