

DEMANDE D'ADHESION

Entreprise :

Raison sociale * :
Adresse * :
Code postal et localité * :
N° SIRET * : Tél : Fax :
Activité * : Code NAF 2008 * :
Convention collective n° : Effectif de l'entreprise :

Dirigeant :

Nom * : Prénom :
Tél fixe * : Fax : Tél portable : Mail * :
.....

Correspondant médecine du travail :

Nom * : Prénom :
Tél fixe * : Fax : Tél portable : Mail * :

Personne compétente en prévention des risques professionnels :

Nom * : Prénom :
Tél fixe * : Tél portable : Mail * :

Assistant(e) social(e) de l'entreprise (entreprise de plus de 250 salariés) :

Nom * : Prénom :
Tél fixe * : Tél portable : Mail * :

Adresse de facturation * :

*** = mentions obligatoires**

Je soussigné,, représentant légal de l'entreprise
déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts associatifs, et adhère au service
de santé au travail « association de conseil en santé au travail ».

Je m'engage à me conformer aux droits et obligations résultant des lois et décrets concernant la
santé au travail, ainsi qu'aux statuts et au règlement intérieur de l'association.

Fait à, le.....

Cachet et signature :

Original à nous retourner par courrier