

## BULLETIN D'ADHESION

NOM DE L'ENTREPRISE/RAISON SOCIALE .....

N° SIRET ..... CODE APE .....

N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE .....

NATURE JURIDIQUE .....

ACTIVITE PROFESSIONNELLE .....

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL .....

ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT .....

ADRESSE DE CONVOCATION .....

ADRESSE POUR LA FACTURATION .....

TELEPHONE ..... FAX .....

ADRESSE E MAIL .....

HORAIRE HEBDOMADAIRE .....

NOM DE LA PERSONNE A CONTACTER .....

EFFECTIF TOTAL DES SALARIES .....

Je, soussigné, .....

Agissant en qualité de: .....

Déclare adhérer au Service Interentreprises de Santé au Travail METRAZIF et m'engage à respecter les obligations résultant des statuts et règlement intérieur dudit Service, ainsi que les prescriptions législatives et réglementaires applicables aux établissements assujettis en matière de santé au travail.

Fait à .....

Le .....

**Cachet de l'Entreprise**

**Signature**