S M I E V E

DECLARATION EN VUE DE L'ADHESION

*** Nom :** .....

*** Raison Sociale de l'entreprise :** .....

*** Adresse de l'entreprise :** .....

*** Code Postal :** ..... *** Bureau distributeur :** .....

*** Adresse de facturation :** .....

Adresse de la personne à convoquer s'il y a lieu : .....

Activité professionnelle : .....

*** Code NAF** (APE) : |_|_|_|_|_|

*** N° Téléphone :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*** N° Fax :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*** Adresse Mail** .....

*** Numéro SIRET :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*** Effectif : A détailler sur état nominatif joint**

- **Employés :** |_|_|_|
- **moins de 18 ans :** |_|_|_|
- **Exposés au risque professionnel :** |_|_|_| **Voir au verso**

TOTAL : |_|_|_|

Contraintes de convocation : Barrer les mentions inutiles

- Jour préférentiel : **Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi**
- Horaire préférentiel : **Matin**
  Après-midi

Date des congés payés :

Avez vous déjà été adhérent au SMIEVE :

☐ **NON**

☐ **OUI** **Nom de l'entreprise :**

N° adhérent :

T.S.V.P. →

* A remplir impérativement