



CONTRAT D'ADHESION

(site internet)

RAISON SOCIALE :

NOM COMMERCIAL :

ACTIVITE DE L'ENTREPRISE :

SIEGE SOCIAL ET ADRESSE :

Adresse de facturation (si différente du Siège Social) :

Téléphone : Télécopie :

Adresse mail :@.....

N° SIRET : Code A.P.E. :

NOM et fonction du Chef d'Entreprise :

Personne à contacter pour les convocations médicales :

Personne à contacter pour la facturation :

Comité d'Hygiène et de Sécurité : OUI NON
(pour les entreprises de + de 50 salariés)

Je soussigné, représentant légal de
déclare adhérer à Ardennes Santé Travail et accepter de me soumettre à ses statuts et règlements intérieurs
dont j'ai eu communication. Je joins au présent document la liste du personnel dûment complétée.

Fait à :

Le :

Signature et cachet de l'entreprise :

Cadre réservé au service

Date d'effet du contrat :

N° d'adhésion :

Médecin affecté :

NB : Pour les entreprises ayant leur siège social situé à l'extérieur du département des Ardennes, merci de joindre la fiche d'entreprise élaborée par le Médecin du Travail