



# 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 :  Adresse mail :

N° SIRET :  Code A.P.E:

NOM du Chef d'Entreprise :

Personne à contacter pour les convocations médicales :   
*Nom, prénom et Adresse Mail*

Personne à contacter pour la facturation :   
*Nom, prénom et Adresse Mail*

Nombre de salariés à déclarer :

Commission de Santé, Sécurité et Conditions de Travail :  
(pour les entreprises de + de 50 salariés)  Oui  Non

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.

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**