



BULLETIN DE REINTEGRATION

A retourner au 4 rue des Augustins 17041 La Rochelle Cedex 01

Je soussigné.....

Agissant en qualité de.....(2)

Déclare adhérer (1) en mon nom personnel (1) au nom de la Société que je représente

A la SANTE AU TRAVAIL D'AUNIS et m'engage à respecter les règlements.

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE :

ADRESSE DE L'ENTREPRISE :

ADRESSE E-MAIL :

TELEPHONE : TELECOPIE :

CODE NAF : N°SIRET :

N°TVA INTRACOMMUNAUTAIRE :

A : LE :

SIGNATURE,

(1) Rayer la mention inutile

(2) Commerçant, Industriel, Gérant, Chef d'Entreprise, Directeur, etc.....

Santé au Travail d'Aunis – 176 boulevard E Delmas La Rochelle 17000

☎ : 05 46 50 07 10 📠 : 05 46 41 58 95

adherinfo@aunisantetravail.com