



## BULLETIN DE SUITE

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.**

NOM DE L'ANCIEN GERANT : .....

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](mailto:adherinfo@aunisantetravail.com)