

Je soussigné(e), après avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du **SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES D’ORTHEZ**, tenus à ma disposition au siège de l’Association, demande mon affiliation auprès de cette Association.

RAISON SOCIALE :  GERANT :

FORME JURIDIQUE :   
(Micro-entreprise, Entreprise Individuelle (EI), EURL ou SASU)

N° DE SIRET :  CODE NAF :

ADRESSE PRINCIPALE :

CODE POSTAL :  LOCALITE :

TELEPHONE :  E-MAIL :

ADRESSE DE FACTURATION :   
(si différente de l’adresse principale)

CODE POSTAL :  LOCALITE :

TELEPHONE :  E-MAIL :

PERSONNE A CONTACTER POUR LES VISITES MEDICALES :

AFFILIATION FAITE PAR :

CACHET DE L’ENTREPRISE :  À :  LE :

SIGNATURE :

**Envoyez ce bulletin accompagné du montant du droit d’entrée de 48€ TTC à l’adresse suivante :**  
**87 Avenue Pierre Mendès France 64 300 ORTHEZ.**  
**La facture de cotisation vous sera envoyée dès l’enregistrement de votre dossier**