

BULLETIN D’AFFILIATION OFFRE SPECIFIQUE DE SERVICES

Validité de 1 an
(Renouvelable par expresse reconduction)

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.

Nom d’appel, enseigne commerciale :

Forme juridique :
(Micro-entreprise, Entreprise Individuelle (EI), EURL ou SASU)

Raison sociale :

Téléphone :

Adresse e-mail :

N° de SIRET : Code NAF :

Adresse principale :
Code postal : Localité :

Nom du responsable ou de la personne à contacter :

Adresse de facturation (si différente de l’adresse principale) :
Code postal : Localité :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Affiliation faite par :

À : Le :

Signature :

**Renvoyez 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**