

## IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

\*Code NAF/APE :

\*Numéro SIRET :

\*Activité de l'entreprise :

\* Raison sociale : .....

Adresse du site en Mayenne : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Création d'entreprise : ☐ Reprise de société : ☐ Raison sociale du cédant : .....

Adresse du siège social si différente :

.....  
.....  
.....  
.....  
\_\_\_\_\_ Ville : .....

Adresse de facturation si différente :

.....  
.....  
.....  
.....  
\_\_\_\_\_ Ville : .....

## CONTACTS

Contact / destinataire :	Nom et prénom	Téléphone	Mail
Responsable légal			
Convocations (si différent)			
Attestations / avis (si différent)			
Comptabilité / facturation (si différent)			
Service RH – Ressources Humaines (si différent)			
Formations (si différent)			

Les échanges entre l'entreprise adhérente et le service se feront principalement par mail, merci de renseigner au moins une adresse e-mail.

Je soussigné(e)....., déclare être ☐ le responsable légal **ou** ☐ agissant pour le compte de ..... ; confirme la demande d'adhésion de l'entreprise citée ci-dessus au service de prévention et de santé au travail de la Mayenne.

Cadre réservé au SATM :

Numéro adhérent :

Centre de visite : ☐ PROX

Equipe :

Médecin :

IST :

Secrétaire :

Tech. Prev :

QR : O / N

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet de l'entreprise :