



SMI

BULLETIN D'ADHESION AU SERVICE MEDICAL INTERENTREPRISES

NOM ou RAISON SOCIALE	
.....	
.....	
.....	
ADRESSE DE CONVOCATION	TELEPHONE /..... /..... /..... /..... /
	TELECOPIE /..... /..... /..... /..... /
	E-MAIL
ADRESSE DE FACTURATION (si différente)	CODE APE
	SIRET (14 chiffres)
	NATURE DE L'ACTIVITE

Je soussigné :
agissant en qualité de :

déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur de l'association et adhérer au SERVICE MEDICAL INTERENTREPRISES conformément aux directives de la loi du 11 octobre 1946.

Je m'engage à participer aux frais de ce Service au prorata du nombre de salariés de mon entreprise et suivant le forfait de base pour le suivi médical annuel en cours.

Cachet de l'Entreprise :

A
le
Signature autorisée :

« Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service administratif. »