



# BULLETIN D'ADHÉSION ADHÉRENT EXTERIEUR SALARIÉ ÉLOIGNÉS

<b>NOM ou RAISON SOCIALE</b> .....	
.....	
.....	
.....	
<b>ADRESSE DE FACTURATION</b> (si différente) ..... ..... .....	<b>TELEPHONE DU SIEGE SOCIAL</b> ..... / ..... / ..... / ..... / ..... /
	<b>TELECOPIE DU SIEGE SOCIAL</b> ..... / ..... / ..... / ..... / ..... /
	<b>E-MAIL</b> (pour l'envoi des convocations) .....
<b>SIRET (14 chiffres)</b> .....	<b>CODE NAF ou APE</b> .....
<b>NATURE DE L'ACTIVITE</b> .....	

**Je soussigné :** .....

**agissant en qualité de :** .....

☞ atteste sur l'honneur :

⇒ Que les salariés dont je vous demande d'assurer le suivi en santé au travail, exerce bien son contrat de travail dans le secteur géographique dont vous avez la charge,

☞ déclare avoir pris connaissance des éléments, décrit dans la notice spécifique aux salariés éloignés (ci-jointe) extrait de la circulaire DGT n° 1 du 5 février 2007 publiée par le ministère du travail ;

☞ 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 pour les salariés éloignés dont je demande le suivi en santé au travail en tant qu'adhérent extérieur.

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. »