

En signant ce formulaire j'autorise mon cabinet comptable à effectuer les démarches administratives auprès de l'Action Santé Travail en mon nom.

Le suivi individuel de l'état de santé de mes salariés reste de ma responsabilité.

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT :

Numéro d'établissement AST :

Forme juridique :

Raison Sociale :

Enseigne :

N° de SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

NAF : |_|_|_|_|_|

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

(adresse mail générique de préférence)

IDENTIFICATION DU CABINET COMPTABLE :

Forme juridique :

Raison Sociale :

Enseigne :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Ci-dessous **éléments indispensables à renseigner** pour transmission des codes d'accès au portail Dinaweb.

Nom et prénom du contact du cabinet comptable :

Téléphone :

Mail :

(adresse mail générique de préférence)

Signature de l'adhérent :

Date : / /

Nom et prénom :

Qualité :

Cachet et signature précédés de la mention manuscrite « Bon pour mandat ».

Formulaire à retourner par mail à l'adresse suivante : comptabilite@actionsantetravail.fr

