MANDAT DE GESTION ADMINISTRATIVE

En signant ce formulaire j'autorise mon cabinet comptable à effectuer les démarches administratives auprès d'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** (4 chiffres et 1 lettre) **:** |_|_|_|_|_|

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Téléphone : **Mail :**
(adresse mail générique de préférence)

IDENTIFICATION DU CABINET COMPTABLE :

Forme juridique :

Raison Sociale : **Enseigne :**

Adresse :

Code postal : **Ville :**

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 : contact@actionsantetravail.fr

Retrouvez-nous sur le site
www.actionsantetravail.fr