

Document à compléter et à adresser à : gestion.adherent@restev.fr

Identification de la structure

Nom* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SIRET* : _____ / _____ / _____ / _____

Activité* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code APE/NAF* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées principales

Personne à contacter (nom – prénom)* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse postale* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Email* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées de facturation *(si différente des coordonnées principales)*

Personne à contacter (nom – prénom) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse postale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Email : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse mail obligatoire pour l'envoi des codes d'accès à l'espace adhérent*

.....

**les champs assortis d'un astérisque sont obligatoires*

Pièces à joindre

- Extrait du Kbis
- Règlement de la cotisation pour un montant de 100 euros HT*

**TVA acquittée sur les encaissements*

Conditions générales

- Je reconnais avoir pris connaissance des Statuts du RESTEV
- J'ai lu et j'accepte le Règlement Général de l'Association des Adhérents du RESTEV
- J'ai pris connaissance de l'offre spécifique du RESTEV*

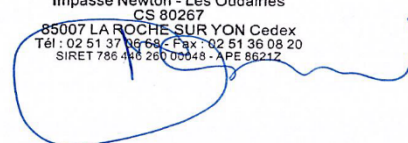
*offre révisée annuellement

Date :

Signature et cachet de l'entreprise

Signature et cachet du RESTEV

RESTEV
Service de Santé au Travail
Impasse Newton - Les Oudairies
CS 80267
85007 LA ROCHE SUR YON Cedex
Tél : 02 51 37 06 66 - Fax : 02 51 36 08 20
SIRET 786 448 260 00048 - APE 8621Z



Informations nécessaires au suivi médical

Nom d'usage : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Genre : F H

N° de sécurité sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de début de poste : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Poste occupé : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.