

**MANDAT CABINET COMPTABLE**

En signant ce formulaire, j’autorise :

* Mon cabinet comptable à effectuer les échanges administratifs avec AST 74 – Santé au Travail Interprofessionnel & BTP, en mon nom.
Le suivi en santé au travail de mes salariés reste de ma responsabilité.

**IDENTIFICATION ADHERENT**

**N° adhérent :**

**Raison sociale** :

**Siret :**

**Adresse :**

**Code postal :** **Ville :**

**Code N.A.F :**

**Email :**

**IDENTIFICATION CABINET COMPTABLE**

**Nom :**

**Adresse :**

**Code postal :**  **Ville :**

**Contact cabinet :**

**Email :**

**Tél. :**

Signature de l’employeur (ou de son représentant) Cachet de l’entreprise

Date : / /

Nom :

Signature :

*Formulaire à retourner par mail :* *relationadherent@ast74.fr* *ou par courrier à l’adresse indiquée ci-dessous.*