

## 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.

### IDENTIFICATION ADHERENT

N° adhérent :

Raison sociale :

Siret :

Adresse :

Code postal :                      Ville :

Code N.A.F :

Email :

### IDENTIFICATION CABINET COMPTABLE

Nom :

Adresse :

Adresse :

Code postal :                      Ville :

Contact cabinet :

Email :

Tél. :

*Cadre réservé au Service  
adhérents*

Code cabinet : .....

Signature

Date :     /     /

Nom :

Signature :

Cachet de l'entreprise

Formulaire à retourner par mail : [relationadherent@ast74.fr](mailto:relationadherent@ast74.fr) ou par courrier à l'adresse indiquée ci-dessous.