

TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

BULLETIN D’AFFILIATION

Offre spécifique de services¹

Validité de 1 an



Nom d’appel, enseigne commerciale :

Forme juridique²: Raison sociale :

Téléphone : Télécopie :

Adresse e-mail :

Activité de l’entreprise :

N° de SIRET : Code NAF :

Adresse principale³ :

Code postal : Localité :

Nom du responsable ou de la personne à contacter⁴ :



Adresse de facturation (si différente de l’adresse principale) :

.....

.....

Code postal : Localité :

Téléphone : Télécopie :



Affiliation faite par :

À : Le :

Signature :



Renvoyez ce bulletin accompagné du montant du droit d’entrée TTC⁵ à l’adresse suivante :

ALSMT - Service Adhérent - 6 bis rue de la Saône - CS71104 - 54523 LAXOU CEDEX

¹ Renouvelable par expresse reconduction.

² Forme juridique : micro-entreprise, Entreprise Individuelle (EI), EURL ou SASU.

³ Adresse principale : c’est l’adresse de l’établissement ou l’adresse par défaut où seront envoyées les convocations aux examens médicaux.

⁴ Nom du responsable ou de la personne à contacter : notre interlocuteur habituel dans l’entreprise.

⁵ Droit d’entrée : c’est le seul règlement que vous ayez à faire au moment de l’affiliation.