

Document à envoyer dûment complété à :
adhesion@aipals.com

SIEGE SOCIAL (*)

Raison sociale :
Nature juridique :
Activité professionnelle :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Fax :
E-mail :
Code NAF : N° SIRET établissement :
Nombre de salariés :

Etablissement concerné (si différent du siège social)

Raison sociale :
Nature juridique :
Activité professionnelle :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Fax :
E-mail :
Code NAF : N° SIRET établissement :

Avez-vous déjà été adhérent à l'AIPALS (*) ? OUI NON

Si oui, quelle était la raison sociale de la structure (*) ?

Si oui, quel était son numéro d'adhérent (*) ?

Qui contacter dans votre entreprise (*) ? merci de remplir le tableau ci-après

	NOM PRENOM	MAIL	TELEPHONE
Dirigeant			
Référent en santé/sécurité			
Convocation Visite Médicale			
Comptable			

Je soussigné(e) représentant l'établissement désigné ci-dessus, déclare adhérer à l'AIPALS et m'engage (*)

- à respecter les obligations résultant des statuts et du règlement intérieur de ladite association ainsi que la législation applicable aux Etablissements assujettis en matière de santé au travail. Ces documents sont consultables sur www.aipals.com ;
- à ne pas être déjà inscrit dans un service de santé au travail dans le département de l'Hérault ;
- à verser à l'échéance les cotisations fixées par le Conseil d'Administration représentant les entreprises adhérentes ;
- à communiquer par écrit à l'AIPALS toute modification dans le fonctionnement de l'Etablissement : raison sociale, coordonnées, variation de l'effectif, cessation d'activité, etc.
- à déclarer, à réception de mes identifiants, l'ensemble de la liste des salariés sur mon espace adhérent situé sur www.aipals.com, et demander les rendez-vous pour mes salariés.

SIGNATURE ELECTRONIQUE

Nom du déclarant (*) :

Mail du déclarant (*) :

(*) Informations indispensables à la validation de l'adhésion de votre entreprise