

30 Avenue de Douaumont

55100 VERDUN

Tél : 03 57 11 70 00

Fax : 03 57 11 70 30

Nom d'appel, dénomination sociale :	_____
Forme juridique :	_____
Téléphone :	_____ Fax : _____
Adresse e-mail (EN MAJUSCULE) :	_____ @ _____
Activité de l'entreprise :	_____
N° de SIRET :	_____
Code NAF :	_____
Adresse de l'Etablissement :	_____
Code postal :	_____ Localité : _____
Nom du responsable ou de la personne à contacter :	_____

Adresse de facturation (si différente de l'adresse de l'Etablissement) :	_____
Code postal :	_____ Localité : _____
Téléphone :	_____ Fax : _____

	POSTE A RISQUES (Cf Formulaire de demande de renseignements préalable)	
	OUI	NON
Nombre de salariés		
Effectif total à suivre		

Nom du signataire : _____ Fonction : _____

Ayant pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du SMIM www.smim.org , je déclare adhérer à cette Association.

A _____

Le _____

Signature

Cachet de l'entreprise

Ne pas omettre de joindre à ce bulletin un extrait KBIS, le bordereau de cotisation, la liste de votre personnel, les formulaires de demande de renseignements préalable à la planification de la VIP ou de l'examen médical d'aptitude initial ainsi que règlement (tout dossier incomplet ne pourra être traité).

Réservé au Service

Date d'adhésion : _____

N° d'adhérent : _____

Médecin du travail : _____

Centre des visites : _____

Nbre VIP : _____

Nbre SIR (poste à risques) : _____

