



PRÉVENTION SANTE TRAVAIL

Numéro d'adhérent : .....  
Raison Sociale : .....  
Nom du responsable : .....  
Adresse :  
.....  
.....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
E-mail : .....@.....

Par la présente, je soussigné(e) Mme M. .... autorise notre cabinet d'expertise comptable, dont les coordonnées figurent ci-dessous, à remplir tous les documents concernant notre entreprise (bordereau de cotisation, déclaration d'effectifs...) accessibles via le portail adhérent [www.apst37.fr](http://www.apst37.fr)

Cabinet : .....  
Personne chargée de votre dossier : .....  
.....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. : ..... / ..... / ..... / ..... / .....  
E-mail : .....@.....

En cas de changement de cabinet comptable, nous nous engageons à prévenir l'APST37 par écrit (courrier, fax, mail).

Délégation à adresser à l'APST37  
après en avoir informé votre  
Cabinet Comptable



Fait à : .....  
Le : ..... / ..... / 201.....  
Nom du signataire : .....  
.....

Cachet et Signature : .....