

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, nous vous prions de bien vouloir formuler votre demande de pré-adhésion en complétant l'imprimé ci-dessous :

DEMANDE DE PRE-ADHESION

Motif de l'adhésion _____

Service de Santé antérieur _____

Nom du dirigeant : _____

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____ Courriel : _____

Forme juridique : _____

Convention Collective : _____

Activité : _____

N° SIRET : _____ Code APE : _____

Personne en charge de la Santé au Travail : _____

Tél. : _____ Fax : _____ Courriel : _____

● **CLICHY 1**
23, rue Bérégovoy
92110 CLICHY
Tél. 01 47 39 13 28

● **CLICHY 2**
38, rue Bérégovoy
92110 CLICHY
Tél. 01 42 70 80 38

● **LEVALLOIS PARC**
15, rue du Parc
92300 LEVALLOIS
Tél. 01 47 58 59 96

● **LEVALLOIS RIVAY**
90, rue Rivay
92300 LEVALLOIS
Tél. 01 47 37 57 83

● **NEUILLY YBRY**
5, rue Ybry
92200 NEUILLY
Tél. 01 47 47 43 71

● **NEUILLY MICHELIS**
22, rue Michelis
92200 NEUILLY
Tél. 01 46 24 86 86

Horaires d'ouverture : _____

Horaires de préférence des consultations : _____

>> **Effectif total**

dont >> Surveillance Médicale renforcée

Etabli le , _____ à _____

Nom : _____ Fonction : _____

signature