

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné (Nom, prénom, fonction dans l'entreprise)

.....

de (Nom ou raison sociale et adresse de l'entreprise)

.....

après avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Intérieur de
l'ASSOCIATION MEDICALE DU TRAVAIL D'EPERNAY ET SA REGION

1 – m'engage à en respecter les obligations qui en résultent, ainsi que les prescriptions
législatives et réglementaires auxquelles je suis tenu de me conformer dans le domaine
de la Santé au Travail ;

2 – demande mon adhésion à l'ASSOCIATION MEDICALE DU TRAVAIL
D'EPERNAY ET SA REGION à compter du

Fait à

Le
(signature)

✂.....

RECEPISSE D'ADHESION (1)
(à conserver)

Le Président de l'A.M.T.E.R. représenté par monsieur DENOYER,

reconnaît avoir reçu l'adhésion de :

à compter du :

Epernay, le

(1) Ce récépissé vous sera adressé dès réception du bulletin d'adhésion ci-dessus,
dûment complété et signé.