

Alsace Santé au Travail  
3 Rue de Sarrelouis  
67080 Strasbourg Cedex  
Tél : 03 88 32 96 42 – [adherents@ast67.org](mailto:adherents@ast67.org)  
[www.ast67.org](http://www.ast67.org)

Association Interentreprises de Santé au Travail du Bas-Rhin  
inscrite au Tribunal d'instance de Strasbourg sous le VOL. XVIII – n° 17  
Lieu de juridiction : Strasbourg  
N° SIRET : 778 859 306 00020 NAF : 8621Z  
N° TVA Intracommunautaire : FR26778859306  
Nos agréments sont consultables sur le site [www.ast67.org](http://www.ast67.org)

## Siège social de l'entreprise

N° SIREN de l'entreprise : .....  
Dénomination Sociale (DS) : .....  
Adresse : .....  
.....  
CP Ville Cedex : .....  
Téléphone : .....  
@ mail : .....

Je soussigné(e)

représentant l'entreprise désignée ci-dessus, déclare adhérer à AST67, et m'engage à :

- Compléter la fiche de renseignements administratifs figurant en page 2 de ce document.
- Compléter la liste nominative (au format Excel ci-joint) de vos salariés, incluant leurs risques d'exposition professionnelle.
- Respecter les obligations résultant des statuts et du règlement intérieur d'AST67. Ces documents sont consultables sur [www.ast67.org](http://www.ast67.org).
- Verser le droit d'entrée dû la première année, et fixé par l'Assemblée Générale représentant les entreprises adhérentes ; à réception de la facture correspondante.
- Acquitter à l'échéance les cotisations annuelles, et fixées par l'Assemblée Générale représentant les entreprises adhérentes.
- Communiquer par tous moyens à AST67, toute modification dans le fonctionnement de l'établissement : raison sociale, coordonnées, cessation d'activité, etc.

Pour permettre un meilleur suivi de vos salariés, nous vous recommandons de renseigner les risques sur notre application « Mon approche prévention », nécessaire à l'établissement de la fiche d'entreprise et de votre document unique d'évaluation des risques professionnels.

Jacques de Juvigny, Directeur Général d'AST67

Fait à : ..... le .....

Nom Prénom : .....

Poste : .....

*Cachet et signature*

*Cachet et signature*

## Renseignements administratifs sur l'établissement dans le Bas-Rhin

Merci de compléter un bulletin par établissement concerné

N°SIRET : .....

### Adresse de l'établissement dans le Bas-Rhin

DS .....

Adresse .....

.....

CP Ville .....

Téléphone.....

@mail .....

NAF : .....

### N°TVA Intracommunautaire :

.....

### Adresse facturation

DS .....

Adresse .....

.....

CP Ville .....

Téléphone.....

@mail .....

Envoi des factures : par mail **ou** par courrier

### Effectif de l'établissement dans le Bas-Rhin

Informations obligatoires

Nombre de salariés SIR

Nombre de salariés SI

TOTAL .....

### Contacts au sein de l'établissement dans le Bas-Rhin

Informations conseillées transmises à l'équipe de santé au travail

	NOM Prénom	@ mail	Téléphone
Directeur / Gérant			
Responsable RH			
Responsable HSE			
Responsable opérationnel			
Assistante de direction / Secrétaire			
Infirmier(e)			
Responsable CSE			
Autre contact			