

CONTRAT D’AFFILIATION

Je soussigné (e) : _____

- Déclare avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de la grille tarifaire de l’Association et demande l’affiliation au **PST LANDES** pour une durée non reconductible tacitement d’une année civile
- M’engage à effectuer les déclarations obligatoires

Raison sociale : _____
Enseigne/Nom d'appel : _____
Activité : _____
Code NAF /APE : _____ SIRET : _____

Entreprise	Contact (si différent) :
Adresse : _____	Nom contact : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
CP : _____	CP : _____
Ville : _____	Ville : _____
Tél : _____	Tél : _____
Email : _____	Email : _____

A _____ Le,

Signature et tampon

Pour le PST LANDES

A signer et à nous retourner par mail à : contactadherent@santetravail40.fr

BISCARROSSE

ZA Altaïr – 110 Rue du Latham
CS 70017
40601 Biscarrosse Cedex
Tél : 05 58 78 12 60

CAPBRETON

59 - 61 Avenue Jean Lartigau
CS 70028
40130 Capbreton
Tél : 05 58 70 01 30

DAX

4 Rue des Frênes
CS 20058
40102 Dax Cedex
Tél : 05 58 56 01 00

SAINT PIERRE DU MONT

140 Avenue Camille Claudel
CS 80325
40282 Saint-Pierre-du-Mont Cedex
Tél : 05 58 05 76 40