



Adhérent n° (à renseigner si existant)

COUPON DE DELEGATION POUR VOTRE COMPTABLE

Je soussigné (nom prénom).....agissant en qualité de
(fonction), représentant légal de l'entreprise
(raison sociale)
(Adresse complète) :
N° SIRET :

donne délégation au cabinet comptable suivant :

Identifiant cabinet comptable
Nom du cabinet comptable
Adresse
CP et Ville
Téléphone
Mail contact du cabinet

afin de donner tous droits d'accès à votre espace adhérent sur le site du Service de Santé au travail MT71.

Date et signature :

Coupon à retourner à l'adresse suivante : MT71
Portail DCC
CS 30161
71104 CHALON SUR SAONE Cedex