



Adhérent n°.....(à renseigner si existant)

**COUPON DE DELEGATION
POUR CABINET D'EXPERTISE 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 / 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 mail suivante : cotisations@mt71.fr