ANNÉE 2019 - LISTE DU PERSONNEL SUIVI INDIVIDUEL DE SANTÉ

Cachet de l'entreprise :	*Adresse du lieu de travail, si différente du siège social :*

Liste nominative en date du …… / …… / 2019

(Par ordre alphabétique)

NOM (+ Nom Jeune Fille) Prénom	Date de naissance	Poste occupé	Code risque (Cf. notice jointe) *	Date embauche

Document à nous retourner accompagné du formulaire d'adhésion. Merci.

* vous devez impérativement déclarer le/les risque(s) ou exposition(s) concernant chaque salarié.

Groupement **M**édico **S**ocial **I**nterprofessionnel
214, rue Edouard Daladier 84200 CARPENTRAS ☎ 04.90.67.65.65