

DEMANDE D'AFFILIATION

Merci de remplir ce formulaire qui nous permettra d'établir une pré-adhésion et de le transmettre au Service Adhésion :
 par courrier (adresse du siège notée en bas) par courriel adhesion@mt2i.org ou par fax : **04 38 49 11 95** - Tél : **04 76 52 56 14**

Nom de l'enseigne :	
Forme juridique :	
Raison sociale :	
Adresse :	
Téléphone :	
Fax :	
Adresse mail @ :	
N° SIRET :	
Code APE ou NAF :	
Activité :	

S'il s'agit d'une reprise d'entreprise, pouvez-vous nous indiquer la raison sociale ou l'enseigne précédente, ainsi que le nom du service médical qui la suivait :

Nombre de salarié(s) à ce jour :	
Nom et Fonction du Responsable :	
Adresse de facturation :	
Adresse de convocation :	

Préciser si adresse différente pour l'envoi du bulletin d'adhésion :

Pour les entreprises hors Isère préciser adresse en Isère (domicile ou lieu de travail des salariés) :

Dès réception de ce formulaire nous vous ferons parvenir un bulletin d'adhésion à contrôler et à nous retourner.
 Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.