

Activité de l'entreprise: _____

Adresse e-mail : _____

Nom du responsable dosimétrie : _____

Laboratoire dosimétrie choisi : _____

Numéro abonnement dosimétrie : _____

② Correspondance

Où souhaitez-vous que nous envoyions les factures, avoirs... ?

☐ Adresse facturation :

Tél : _____ Fax : _____

Où souhaitez-vous que nous envoyions les convocations, aptitudes, cartes DATR... ?

☐ Adresse convocation :

Tél : _____ Fax : _____

③ Autres

Effectifs à suivre ou suivis : moins de 5 salariés Dont en catégorie : A : _____
 (à titre indicatif) De 5 à 10 salariés B : _____
 De 11 à 50 salariés Ne : _____
 + de 50 salariés

Possédez-vous un CHSCT : Oui Non Si oui, Nom du responsable : _____

Je soussigné(e) _____, Responsable de l'Entreprise _____

Certifie détenir un marché sur l'Installation Nucléaire de Base de _____

Réception AMT (cachet et signature)

Fait à : _____

Le : _____

Nom signataire : _____

Cachet et Signature(obligatoire) :