



Mandat de gestion

Mandant :

Nom de l'entreprise/la société : _____

N° SIRET : _____

Coordonnées postales : _____

Tel : _____

Mail : _____

représentée par Madame/Monsieur : _____

en sa qualité de : _____

Mandataire :

Nom de l'entreprise/la société : _____

N° SIRET : _____

Coordonnées postales : _____

Tel : _____

Mail : _____

représentée par Madame/Monsieur : _____



Le mandant donne mandat au mandataire pour :

1. Souscrire en son nom et pour son compte toute adhésion auprès de l'ALSMT
2. Récupérer les accès à son espace adhérent (identifiant et mot de passe)
3. Prendre en charge l'actualisation de ses données ainsi que celles de ses salariés sur le portail adhérent de l'ALSMT
4. Effectuer toute action nécessaire dans le cadre de la gestion des visites médicales
5. Réceptionner tous les documents de fin de visite
6. Réaliser la déclaration annuelle de ses effectifs
7. Réceptionner ses factures et ses avoirs

Le mandataire s'engage à avertir l'ALSMT de la fin du mandat le liant à son client dans les plus bref délais.

Ce mandat est à joindre à votre bulletin d'adhésion en ligne, en pièce jointe.

Les personnes signataires, représentant le mandant et le mandataire, attestent être dûment habilitées à respectivement les engager.

Signature du mandant, nom, prénom et fonction

Fait à, le.....

*(précédés de la mention manuscrite
«Bon pour mandat» + cachet de l'établissement)*

Signature du mandataire, nom, prénom et fonction

Fait à, le.....

*(précédés de la mention manuscrite
«Bon pour acceptation de mandat»
+ cachet de l'établissement)*