

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

DENOMINATION COMPLETE DE L'ENTREPRISE															SIGLE EVENTUEL				
RUE															N°				
CODE POSTAL					LOCALITE										PAYS				
TELEPHONE										TELEFAX									
NOM DU CHEF DU SERVICE SECURITE										TELEPHONE					FAX				
N° DE BCE (EX-TVA)										ADRESSE e-mail de contact									
										-----@-----									

RENSEIGNEMENTS SUR LA TUTELLE MEDICALE

DENOMINATION OU SIGLE DU SERVICE MEDICAL DE L'ENTREPRISE																													
MEDECIN-CHEF OU MEDECIN DIRECTEUR															TELEPHONE														
ADRESSE																									N°				
CODE POSTAL										LOCALITE																			

INFORMATIONS

!!! ATTENTION !!!

Ce formulaire doit être complété et renvoyé à la CNT (Care NS PPA) préalablement à la première intervention et suite à toute modification des renseignements repris.

D'autre part, nous vous informons que des informations similaires doivent être envoyées à l'Administration de l'hygiène et de la médecine du travail, préalablement à l'exercice d'activités dans les zones contrôlées, suivant l'article 10 de l'A.R. du 25/04/97.

Il s'agit de la déclaration préalable dont les modalités sont précisées à l'article 11. Les coordonnées de cette Administration sont les suivantes :

Administration de l'Hygiène et de la Médecine du Travail
rue Belliard, 53 1040 - BRUXELLES
Tél. : +32 (0)2/233.46.03 Fax : +32 (0)2/233.46.39

CADRE RESERVE A LA CNT : DATE ENCODAGE ----/----/---- TRIG OPERATEUR : -----