



**AUTORISATION ACCÈS CABINET COMPTABLE / MANDATAIRE**

Ce formulaire « *Autorisation accès cabinet comptable / mandataire* » est à nous retourner par courrier dûment complété, daté et signé :

- 1° Lorsque vous faites appel à un Cabinet Comptable, ou à un Mandataire, pour la gestion de votre dossier adhérent,
- 2° En cas de changement de Cabinet Comptable, ou de Mandataire, en charge de votre dossier adhérent.

A réception de cette « *Autorisation accès cabinet comptable / mandataire* » nous ferons le nécessaire pour que celle-ci soit mise en place dans les meilleurs délais. Ce Cabinet Comptable & Mandataire pourra alors gérer votre dossier adhérent (et procéder notamment à la saisie de votre *Déclaration Annuelle*)

Nom.....

Prénom.....

Fonction.....

Entreprise .....

N° Adhérent .....

N° SIRET .....

Adresse mail : .....

**Autorise le Comité de Santé au Travail Région Oyonnax à ouvrir un accès à mon espace Santé Travail au cabinet comptable désigné ci-dessous** afin de lui permettre la saisie de ma Déclaration Annuelle ou/et la réalisation de diverses démarches administratives accessibles depuis ce portail.

**Nom du cabinet comptable :** .....

**Adresse cabinet comptable :** .....

**Interlocuteur :** .....

**Téléphone (ligne directe) :** .....

**Adresse mail :** .....

Date :

Qualité du signataire :

Signature et cachet de l'entreprise :