



Association Interprofessionnelle  
de Santé au Travail de la Côte d'Or

## MANDAT CABINET COMPTABLE

En signant ce formulaire, vous donnez mandat au Cabinet comptable désigné ci-dessous, pour effectuer les échanges administratifs auprès de l'AIST 21.

Merci de compléter les renseignements ci-dessous :

IDENTIFICATION ADHERENT	DESIGNATION DU CABINET COMPTABLE
N°Adhérent AIST 21 :	Nom du Cabinet :
RAISON SOCIALE :	Adresse :
Adresse :	Code postal :                      Ville :
Code postal :                      Ville :	-----
Pays :	Nom du contact :
	Email :
	Tel :

Ce mandat est valable pendant la durée d'adhésion de votre entreprise à l'AIST 21, sauf information contraire de votre part.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature et cachet de l'entreprise