

## Mandez nous

Si vous êtes déjà client, votre code client

les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### L'ENTREPRISE

Siret\*

Code APE\*

Enseigne\*

Adresse\*

Code postal\*

Ville\*

### REPRESENTÉE PAR

La Direction \*

Interlocuteur\*

Votre Fonction\*

Votre tel direct\*

Votre fax direct\*

Votre email\*

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

J'ai lu et accepte [les conditions générales](#)   
(Cocher la case)

### LE SALARIÉ A CONTROLER

Nom et Prenom\*

N° Sécurité Sociale\*

Adresse de sa caisse\*

Adresse de la visite  
(Digicode, Bat, Etage,  
Appt,,)\*

Code postal et Ville\*

Téléphone du salarié

Raison de l'arrêt\*  Maladie  
 Accident de travail  
 Prolongation  
 Accident de trajet

Arrêt depuis le\*

Jusqu'au\*

Date de la dernière  
prolongation

Prescrit par le Dr

Adresse médecin  
prescripteur

Sorties autorisées\*  Libres  
 Présence obligatoire de  
9h-11h/14h-16h  
 Autres:

Souhaitez-vous, un  
contrôle\*:  
(en cas de doute,  
contactez un conseiller)  à Domicile  
 en Cabinet médical

**LANCER LE CONTROLE**

Formulaire à retourner renseigné par mail ou par fax au 04 42 273 161 ou nous téléphoner les renseignements qui doivent y figurer au 04 42 160 329 du lundi au vendredi (de 9h à 12h - 14h à 18h)

**Cachet entreprise**