



ASSOCIATION POUR
LA SANTE AU TRAVAIL
DES SECTEURS TERTIAIRE
ET FINANCIER

DEMANDE D'ADHESION

- **Date de la demande :**

- **Nom de la Société :**

- **Objet Social**

- **Adresse :**

- **Nombre de salariés :**

- **Domaine d'activité :**

- **Descriptif de votre (vos) activité(s) :**

Merci de renvoyer ce document par courrier ou mail

15-17 avenue Gaston Diderich, L-1420 Luxembourg, E-mail : accueil@astf.lu

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

COMPANY INFORMATION / ANGABEN ZUM UNTERNEHMEN

Matricule national National ID-Number <i>Nationale ID-Kennung</i>		Langue préférée Preferred language <i>Bevorzugte Sprache</i>	
Nom de l'entreprise Company name <i>Name des Unternehmens</i>			
Adresse Address Anschrift		Adresse postale Postal address Postanschrift	
Téléphone / Phone / Telefon		Télécopie / Fax / Telefax	

Votre affiliation se fait à travers l'une ou plusieurs de nos associations membres ? :

Your membership is through one or more of our member associations? :

Ihre Mitgliedschaft erfolgt über einen oder mehrere unserer Mitgliedsverbände? :

ABBL ACA ALPP IRE OEC Individuel

Salariés / Employees / Mitarbeiter ①	Masculin	Féminin	Total
Effectif en activité à la date d'affiliation Active employees at <u>begin of membership</u> <i>Aktive Mitarbeiter am Beginn der Mitgliedschaft</i>			

Changements dans les cinq dernières années (exemples: fusion, raison sociale, ...)

Changes in the last five years (examples : mergers, company name, ...)

Veränderungen in den letzten fünf Jahren (Beispiele : Fusion, Firmenname, ...)

Date / Date / Datum	Changement / Change / Veränderung

Responsables / Persons in charge of / Verantwortliche

Fonction Function <i>Funktion</i>	Nom et prénom Name and first name <i>Name und Vorname</i>	Téléphone Phone <i>Telefon</i>	Télécopie Fax <i>Telefax</i>	E-Mail E-Mail <i>E-Mail</i>
Service comptabilité Accounting service <i>Buchhaltung</i>				

Fonction Function <i>Funktion</i>	Nom et prénom Name, first name <i>Name und Vorname</i>	Téléphone Phone <i>Telefon</i>	Télécopie Fax <i>Telefax</i>	E-Mail E-Mail <i>E-Mail</i>
Responsable Cotisations Contribution manager <i>Leitung der Beiträge</i>				
Envoi fiches d'aptitude Medical clearance certificates <i>Zusendung der Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen</i>				
Responsable rdv Manager Appointment <i>Manager Termin</i>				
Facturation par e-mail Invoicing by e-mail <i>Rechnung per E-Mail</i>				

Date
Date
Datum

Nom du signataire
Name of signatory
Name des Unterzeichners

Signature et cachet de l'entreprise
Signature and company stamp
Unterschrift und Firmenstempel

Merci de votre collaboration
Thank you for your collaboration
Danke für Ihre Mitarbeit

A renvoyer signé à l'ASTF par fax (22 80 81) accueil@astf.lu SVP

Please return this form by fax (22 80 81) to ASTF accueil@astf.lu

Bitte das Formular per Fax (22 80 81) an die ASTF zurücksenden accueil@astf.lu

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LE REMPLISSAGE DU FORMULAIRE

ADDITIONAL INFORMATION FOR FILLING THE FORM

ZUSATZINFORMATIONEN ZUM AUSFÜLLEN DES FORMULARS

- ① **Nombre de personnes occupées et non l'effectif exprimé en équivalents plein temps**
Number of employees, not staff expressed in full-time-equivalents
Anzahl der Arbeitnehmer, nicht Anzahl ausgedrückt in Mitarbeiterkapazität