



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



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	

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



ASSOCIATION POUR
LA SANTE AU TRAVAIL
DES SECTEURS
TERTIAIRE ET FINANCIER

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 rendez-vous Appointments Manager <i>Terminverantwortlicher</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

*** Nombre de personnes employées 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.