



## QUESTIONNAIRE DE SOUSCRIPTION COMPLEMENTAIRE SANTE ANI

### **Informations concernant l'employeur**

---

**Entreprise:**.....  
**Numéro SIREN :** .....  
**Adresse :**.....  
**Code Postal :**..... **Ville :**.....  
**Téléphone:**..... **Email :**.....  
**Nombre de salariés :**.....

### **Informations concernant le responsable du personnel**

---

**Nom :**..... **Prénom :**.....  
**Téléphone :**..... **Email :**.....  
**Professions :**.....

Fait à..... le...../...../.....

Signature :