

**COTISATION**

**2020**

***BORDEREAU DE COTISATION 2020***

**Nom du SST** :

**Effectif surveillé**:

**Nom  & Prénom du Directeur** :

**Ligne Directe/Email**:

A compléter si cette information n’est pas précisée sur notre site/menu Annuaire Adhérents : <http://www.avip-sante-travail.fr>

**Nom /prénom du correspondant AVIP :**

**Fonction :**

**Ligne directe/Email :**

N’hésitez pas à nous faire part de toute modification à apporter sur ces éléments.

**M**ontant de la **cotisation annuelle** en fonction de l’effectif surveillé :

|  |  |
| --- | --- |
| Inférieur à **50 000** salariés surveillés | **360 €** |
| De **50 000 à 100 000** salariés surveillés | **460 €** |
| Plus de **100 000** salariés surveillés  | **560 €** |

Cet appel de cotisation tient lieu de justificatif. A régler avant le **28/02/2020**

¤ Libeller un **chèque** à l'ordre de l'AVIP et noter au dos vos coordonnées (SST, Ville, Nom, Prénom) et l'adresser à :

Expertis

S/AVIP

BP 32262

13567 Marseille Cedex 2

¤ Effectuer un **virement** sur le compte AVIP (Banque 30003 - Agence 02469 - N°00050008292 - Clé 45