

DEMANDE DE RÉINTÉGRATION À UNE MUTUELLE DE PRÉVENTION

Nom de l'employeur :

N° d'entreprise du Québec (NEQ) et/ou N° d'employeur (ENL) :

Veillez noter que ce formulaire doit être rempli et retourné avant le 1^{er} mai de l'année d'exclusion.

Quels sont les correctifs apportés en matière de santé et de sécurité à la suite de votre exclusion qui permettraient à votre entreprise de réintégrer une mutuelle de prévention?

Correctifs ou améliorations*

* Veuillez annexer des feuilles supplémentaires au besoin.

Signature

Nom	Fonction
Signature	Date
	AAAA MM JJ

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Transmettre ce formulaire au bureau de la CNESST à l'adresse suivante :

Service à la grande entreprise et aux mutuelles de prévention

524, rue Bourdages, bureau 350, C.P. 1200, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7E2

Téléphone : 418 266-4654, ou sans frais 1 800 848-4219

Télécopieur : 418 266-4653, ou sans frais 1 833 798-0669