

## AUTORISATION - GESTION DU PORTAIL ADHERENT

N° ADHERENT :

Je soussigné ....., autorise mon cabinet comptable :

Cabinet Comptable : .....

Adresse : .....

.....

.....

CP : ..... Ville : .....

à avoir accès, en mon nom, au Portail Adhérent de l'AIST 43.

Mon cabinet comptable pourra alors effectuer :

- le changement de mes coordonnées
- La déclaration de cotisation
- La déclaration des risques professionnels auxquels sont soumis mes salariés\*
- L'ajout et la suppression de salariés dans mes effectifs en cours d'année

**Si vous ne nous retournez pas ce document, aucun code d'accès ne sera transmis à votre cabinet comptable.**

Si vous autorisez votre cabinet comptable à utiliser le portail adhérent, nous lui transmettrons, à sa demande, vos identifiants.

Lors de la 1<sup>ère</sup> connexion, le changement de mot de passe est obligatoire.  
Les codes d'accès que nous vous avons transmis ne seront donc plus valides.

***Risques professionnels\* : la déclaration des risques professionnels relevant de votre responsabilité d'employeur, transmettez dès maintenant les risques auxquels sont soumis vos salariés à votre cabinet comptable.***

Date :

Signature et cachet de l'entreprise :

Nom du signataire :