

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*

--

* Veillez annexer des feuilles supplémentaires au besoin.

Signature

Nom	Fonction
Signature	Date
	AAAA MM JJ

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Veillez transmettre ce formulaire par messagerie sécurisée si vous utilisez les services en ligne de la CNESST, par télécopieur au **1 833 798-0669** ou par la poste à l'adresse suivante :

CNESST

Service à la grande entreprise et aux mutuelles de prévention

C.P. 2000, succursale Terminus

Québec (Québec) G1K 0H7

Pour de l'information additionnelle, communiquez avec nous au **1 800 848-4219**.