

DOSSIER D'ADHESION 2024

Pour une adhésion effective à notre association,
nous vous demandons de nous retourner les 4 documents suivants :

CONTRAT D'ADHESION AU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL DE LA HAUTE CORSE

HAUTE CORSE

Siège Social : [Champ] Numéro d'adhésion : [Champ] (Révisé au 31/12)

Raison Sociale : [Champ]
Forme Juridique : [Champ]
N° de SIRET : [Champ] Code NAF : [Champ]
Nom du responsable : [Champ]
Adresse : [Champ]
Code postal : [Champ] Ville : [Champ]
N° de téléphone : [Champ] N° de Portable : [Champ]
Email : [Champ] N° de Fax : [Champ]

ADRESSE DE FACTURATION (si différente du siège social)

Adresse : [Champ]
Code postal : [Champ] Ville : [Champ]

Je déclare vouloir adhérer au Service de Santé au Travail de la Haute Corse et accepter ses statuts, ses règlements intérieurs et ses modalités d'application afin de bénéficier des prestations directes et indirectes en tant qu'adhésionnaire aux articles du règlement intérieur.

Une confirmation d'adhésion vous sera envoyée, ainsi qu'une facture acquittée dès réception et validation de votre dossier d'adhésion complet accompagné du règlement.

Bastia, le [Champ]

COORDONNEES ANNEE 2014

SALARIE : 83,94 € HT / 100,29 € TTC
ADHESION : 20,00 € HT / 24,00 € TTC

Nom, fonction, signature et cachet de l'entreprise

Contrat d'adhésion

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL DE LA HAUTE CORSE

DECLARATIF D'EFFECTIF - ANNEE 2014

HAUTE CORSE

N° d'adhésion : [Champ] (Révisé au 31/12)

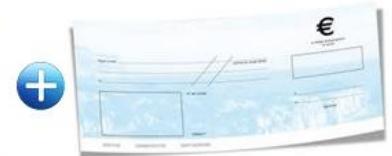
LISTE DES SALARIES NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	POSTE DE TRAVAIL	DATE D'EMBAUCHE	Type de SMR (*)

Nombre de salariés total : [Champ]

(*) Nous vous rappelons que le classement des salariés en SMR (Surveillance Médicale Renforcée) est du ressort de l'employeur, sur les conseils du Médecin du Travail.

Déclaration d'effectif

+ Un extrait Kbis



Règlement

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous contacter :

Tél : 04-95-58-59-66 - compta@medecinetravail2b.com

Renseignements Administratifs

Numéro d'adhérent :
(Réservé au SST2b)

Forme Juridique de l'entreprise :

Raison Social :

N° de SIRET : Code NAF:

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de Téléphone : N° de Portable :

Email :

Déclare vouloir adhérer au Service de Santé au Travail de Haute-Corse et accepter ses statuts, son règlement intérieur et ses modalités d'application afin de bénéficier des prestations directes et indirectes en santé au travail conformément aux articles du règlement intérieur. Une confirmation d'adhésion vous sera envoyée, ainsi qu'une facture acquittée dès réception et validation de votre dossier d'adhésion complet accompagné du règlement ou du mandat de prélèvement SEPA.

COTISATIONS ANNUELLES 2023

SALARIE : 99,00 € HT / 118.80 € TTC
ADHESION : 20,00 € HT / 24,00 € TTC

Lieu : Date :
signature et cachet de l'entreprise

Merci de joindre à cette demande d'adhésion :

- Un extrait de k-bis ;
- Un RIB si vous adhérez au mandat de prélèvement SEPA ;
- Ou un chèque de 24 € (droits d'entrée)

Mandat de prélèvement SEPA

////////////////////////



Référence unique du mandat

(Réservé au SST2b)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Service de Santé au Travail de Haute-Corse à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte pour le paiement des cotisations.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Votre nom	_____ <i>Nom du débiteur</i>
Votre adresse	_____ <i>Numéro et nom de la rue</i>
	_____ <i>Code postal, Ville</i>
Vos coordonnées bancaires	----- <i>IBAN</i>
	----- <i>SWIFT BIC</i>
	_____ <i>Nom de la banque</i>
Nom du créancier	Service de Prévention et de Santé au Travail de la Haute-Corse <i>Nom du créancier</i> FR 42 ZZZ 853FB9 <i>Identifiant du créancier SEPA</i> ZAE Erbjolo <i>Numéro et nom de la rue</i> 20600 Bastia <i>Code postal, Ville</i>
Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif (cotisation annuelle)
Signature du titulaire du compte	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 50px;"></div> <i>Signature</i>
	_____ <i>Lieu, date</i>

DECLARATIF D'EFFECTIF - ANNEE 2023

N°d'adhérent : (Réservé au SST2b)

Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Type de contrat	Date d'embauche	Poste de travail	Type de suivi (voir notice)		
							SIS*	SIR** (Précisez le libellé du risque)	SIA*** (Précisez le libellé du risque)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectif total :									

Lieu : _____ Date : _____

signature et cachet de l'entreprise

*** SIS :** Suivi individuel simple

**** SIR :** Suivi individuel renforcé, précisez la nature du risque : Amiante, Plomb, CMR, Biologique 34, Rayonnements, Hyperbare, Echafaudage, Autorisation conduite, Habilitation électrique, Manutention, Poste à risque, -18 ans TD.

***** SIA :** Suivi Individuel adapté : Travailleur Handicapé, Invalidité, Nuit, -18 ans, Champs électromagnétiques, Biologique 2.

Pour les explications des libellés voir la notice page 4.

NOTICE -Suivi individuel de l'état de santé des salariés



1. **Suivi Individuel Simple - SIS** : les salariés *ne sont ni en SIR ni en SIA*
2. **Suivi Individuel Renforcé - SIR (ex SMR) - Article R4624-23 du code du travail**
Pour les postes à risques particuliers exposant les salariés à :

Libellé à noter	Postes à risques particuliers :
Amiante	Exposant à l'amiante
Plomb	Exposant au plomb dans les conditions prévues à l'article R.4412-160 du code du travail
CMR	Exposant aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction mentionnés à l'article R.4412-60 du code du travail
Biologique 3-4	Exposant aux agents biologiques des groupes 3 et 4 mentionnés à l'article R.4421-3 du code du travail
Rayonnement	Exposant aux rayonnements ionisants
Hyperbare	Exposant au risque hyperbare
Echafaudage	Exposant au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages
Autorisation de conduite	Salariés titulaires d'une autorisation de conduite concernant certains équipements de travail mobiles ou de levage de charges
Habilitation électrique	Salariés habilités pour des opérations sur les installations électriques ou dans leur voisinage
Manutention	Manutention manuelle de manière habituelle de charges supérieures à 55Kg
- 18 ans TD	Affectation de jeunes de moins de 18 ans aux travaux interdits susceptibles de dérogation (Article R.4153-40 du code du travail)
Poste à risque	Si l'employeur l'estime nécessaire, postes présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, après avis du ou des médecins concernés et du comité social et économique s'il existe, en cohérence avec l'évaluation des risques

3. **Suivi Individuel Adapté – SIA** - pour tout salarié suivant l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels il est exposé :

Libellé à noter	Salariés
TH	Travailleur Handicapé
Invalidité	Titulaire d'une pension d'invalidité
Nuit	Travailleur de nuit
- 18 ans	Jeunes de moins de 18 ans
Champs électromagnétiques	Travailleurs exposés à des champs électromagnétiques affectés à des postes pour lesquels les valeurs limites d'exposition fixées à l'article R. 4453-3 sont dépassées
Biologique 2	Travailleurs exposés aux agents biologiques du groupe 2 mentionné à l'article R.4421-3 du code du travail

Veillez indiquer le libellé des postes à risques dans la liste nominative
Attention : les informations doivent nous être transmises sur le document joint uniquement