

Réservé à **SPSTL42** : Nom du médecin : _____ Lieu _____ N° Adhèrent : _____

- ✓ **Ce document est à nous retourner dûment rempli avec le règlement correspondant. Une facture vous sera adressée après enregistrement.**
- ✓ Votre inscription deviendra effective dès réception du bulletin d'adhésion et de l'encaissement de votre règlement. Une fiche contact avec des codes pour l'accès au portail vous seront adressés.
- ✓ **Merci de joindre obligatoirement votre fiche d'entreprise.**

✓ **Tout dossier incomplet sera renvoyé !**

Raison sociale :

Siret : _____

Statut de l'Éts :
(ex : SA, SARL Territoriale, Association, fonction publique, etc...)

Adresse siège social :
.....

Activité professionnelle détaillée : APE/NAF :

N° de TVA intracommunautaire

Nom du Dirigeant :

E-mail Téléphone _____

Contact administratif (si différent) :

E-mail Téléphone _____

Mention obligatoire

Le soussigné, déclare adhérer, en qualité de membre participant, au Service de Prévention et Santé au Travail Loire 42 et s'engage à respecter les statuts et règlements (à disposition sur notre site internet).

Certifié exacte le : _____ Signature et cachet

Organisation de l'entreprise :

- S'agit-il d'une reprise ou fusion d'entreprise ? Non Oui
(si oui, nom et n° adhérent de l'ancienne entreprise)
- Avez-vous plusieurs lieux d'activité dans la Loire (42) ? Non Oui
(si oui, adresses des différents lieux)
- Avez-vous différentes sociétés, holding, filiales déjà adhérentes à notre service ? Non Oui
(si oui, nom et n° d'adhérent des autres sociétés)
- Etes-vous entreprise extérieure travaillant en permanence dans les locaux d'une autre entreprise ? (si oui, nom de l'entreprise) Non Oui

Si différentes de l'adresse du siège social :

Adresse postale et mail de facturation

Adresse postale et mail de convocation

.....
.....

.....
.....

ICI : Indiquer adresse activité OU adresse postale du salarié éloigné

.....

Souhaitez-vous des précisions concernant (voir détail sur notre site internet) :

- nos interventions pluridisciplinaires :		
Sensibilisation, information (bruit, risques chimiques, conditions de travail en tertiaire dont le travail sur écran, ...)	Non	Oui
Météorologie (bruit, lumière, poussières, ...)	Non	Oui
Intervention ergonomique	Non	Oui
- nos formations :		
Formations Secourisme (SST)	Non	Oui

Souhaitez-vous des conseils, des documents concernant :

L'évaluation des risques (Document Unique)	Non	Oui
La prévention (par branches professionnelles, par type de risques)	Non	Oui
Si oui, précisez votre demande :		
Autres		
.....		
.....		

DECLARATION DES EFFECTIFS

Réservé à SPSTL42 : Nom de l'entreprise : _____

Nom médecin : _____ Lieu : _____ N° Adhérent : _____

Droit d'adhésion par salarié	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	x 15,00 € HT	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	HT
Cotisation par salarié	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	x 97,00 € HT	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	HT
Dont répartition des salariés selon risques, à compléter :				=====	
- SIS	<input type="checkbox"/>			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
- SIR *	<input type="checkbox"/>			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
- SIA *	<input type="checkbox"/>			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
		TOTAL HT	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
		TVA 20%	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
		TOTAL	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	TTC

Votre règlement à l'ordre de SPSTL42 doit être retourné, accompagné du bulletin d'adhésion signé au moment de la demande d'adhésion : Mode de règlement (cocher votre choix) : Chèque joint Virement bancaire

Relevé d'identité Bancaire SPSTL 42
FR76 3000 4006 4500 0214 4896 962
BIC : BNPAFRPPXXX – Domiciliation BNP Roanne

En cas de règlement par virement, vous pouvez adresser votre bulletin à l'adresse e-mail : adhesion@santetravail42.fr
Une facture acquittée vous sera envoyée par mail, dès encaissement de votre règlement.

**Après traitement de votre dossier, des codes d'accès au portail Adhérent vous serons envoyés par mail afin d'enregistrer vos salariés (avec les risques si exposition en vous aidant du tableau ci-dessous).
 Attention aucune visite ne pourra être donnée tant que vos salariés ne sont pas enregistrés.**

* Postes à risque nécessitant un Suivi Individuel Renforcé - SIR

<input type="checkbox"/> Travaux exposant aux agents biologiques (du groupe 3 et 4) dont milieux de soins, personnels médicaux, paramédicaux, de laboratoire, agents de service, toilettes à domicile, milieux funéraires ... <input type="checkbox"/> Tous travaux ou procédés exposant à des agents CMR (Produit Cancérogène, Mutagène ou Reprotoxique) classés 1A ou 1B (Réglementation CLP) mention de danger spécifique H340, H350, H360 <input type="checkbox"/> Travaux exposant à la silice cristalline alvéolaire, aux poussières de silice (carrière, sablage, fonderie, chantiers BTP...) <input type="checkbox"/> Travaux exposant aux hydrocarbures polycycliques aromatiques (la suie, le goudron, la poix, la fumée ou les poussières de la houille), aux fumées de produits bitumineux <input type="checkbox"/> Travaux exposant aux poussières de bois inhalables <input type="checkbox"/> Travaux exposant aux fumées de soudage <input type="checkbox"/> Travaux exposant aux émissions d'échappement des moteurs diesel <input type="checkbox"/> Travaux exposant à des expositions cutanées d'huiles minérales utilisées auparavant par des moteurs à combustion ou pour lubrifier ou refroidir	<input type="checkbox"/> Risque hyperbare <input type="checkbox"/> Amiante <input type="checkbox"/> Plomb (R4412-160) <input type="checkbox"/> Salarié titulaire d'un CACES : engins de chantier, grues mobiles, Plates-formes élévatrices mobiles de personnes, grues à tour, chariots de manutention automoteurs à conducteur porté, grues de chargement, ponts roulants et portiques, chariots gerbeurs à conducteur accompagnant (Recommandations INRS de R.482 à R.490) <input type="checkbox"/> Habilitation électrique <input type="checkbox"/> Habilitation de travail en espaces confinés (CATEC) <input type="checkbox"/> Manutention manuelle de charge supérieure à 55 kg <input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants catégorie A & B <input type="checkbox"/> Risque de chute en hauteur lors du montage et démontage d'échafaudages <input type="checkbox"/> Salarié de -18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés
---	--

* Postes à risque nécessitant un Suivi Individuel Adapté - SIA

<input type="checkbox"/> Travailleur de nuit (plus de 270 h/an ; au moins deux fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins trois heures de travail de nuit quotidiennes (21h-6h) <input type="checkbox"/> Exposé aux agents biologiques du groupe 2 (leptospirose...) <input type="checkbox"/> Travailleurs exposés à des champs électromagnétiques (si VLE dépassées)	<input type="checkbox"/> Femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante <input type="checkbox"/> Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Travailleur titulaire d'une Reconnaissance Qualité de Travailleur en situation de Handicap (RQTH) <input type="checkbox"/> Travailleur âgé de moins de 18 ans
--	---

RECAPITULATIF DE VOTRE ENVOI

Pièces à joindre :

- Bulletin d'adhésion complet signé avec déclaration des effectifs et indication du lieu d'activité et/ou adresse du salarié dans notre compétence géographique (page 2).
- Votre règlement par chèque ou virement bancaire avec preuve de virement.
- Fiche d'entreprise.

Tout dossier incomplet sera renvoyé

Réservé à SPSTL42 :

Date de réception :

Complet le

Incomplet