SPSTL42
PRÉVENTION ET SANTÉ

BULLETIN D'ADHESION

*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. Vous recevrez une fiche contact permettant accès au portail et inscription des salariés.

✓ **Tout dossier incomplet sera renvoyé !**

Raison sociale : ……..

Siret : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Statut de l'Ets **:** .....
(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 afin de bénéficier de son offre socle 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 ? *(si oui, nom et n° adhérent de l'ancienne entreprise)*	Non	Oui	
- Avez-vous plusieurs lieux d'activité dans la Loire (42) ? *(si oui, adresses des différents lieux)*	Non	Oui	
- Avez-vous différentes sociétés, holding, filiales déjà adhérentes à notre service ? *(si oui, nom et n° d'adhérent des autres sociétés)*	Non	Oui	
- Etes-vous entreprise extérieure travaillant en permanence dans les locaux d'une autre entreprise ? *(si oui, nom de l'entreprise)*	Non	Oui	
- Avez-vous des entreprises extérieures travaillant en permanence dans vos locaux ? *(si oui, nom de l'entreprise)*	Non	Oui	

Si différentes de l'adresse du siège social :

Adresse postale et mail d'activité	Adresse postale et mail de convocation
.....	.....
.....	.....

Adresse postale et mail de facturation

.....

Vous souhaitez en apprendre plus sur **l'offre de service compris dans votre cotisation (en parallèle du suivi médical)** : rendez-vous sur notre site internet : www.spstl42.fr (nos missions) ou sur la brochure de présentation à télécharger.

Nos experts pourront vous accompagner sur de nombreux sujets :

- Accompagnement DUERP
- Etudes ergonomiques
- Conseils en prévention
- Actions de sensibilisation (addiction, bruit, TMS, Travail sur écran, etc.)
- Risques Psycho-sociaux
- Prévention à la désinsertion professionnelle

Découvrez également notre **offre complémentaire** :

- Formation Sauveteur Secouriste au Travail (certifié QUALIOPI), tarification en fonction de la prestation.

Si vous avez des questions, des demandes spécifiques, n'hésitez pas à solliciter notre équipe de préventeurs via le mail suivant : prevention@santetravail42.fr.

DECLARATION DES EFFECTIFS A L'ADHESION

Réservé à SPSTL42 : *Nom de l'entreprise* : _____

Nom médecin : _____ *Lieu* _____ *N° Adhèrent* : _____

Droit d'adhésion par salarié		x 15,00 € HT	=		HT
Cotisation par salarié		x 97,00 € HT	=		HT
			==========		
Dont répartition des salariés selon risques, à compléter :		TOTAL HT	=		
- SIS		TVA 20%	=		
- SIR *		**TOTAL**	=		TTC
- SIA *					

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 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	
☐ 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 … ☐ 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 ☐ Travaux exposant à la silice cristalline alvéolaire, aux poussières de silice (carrière, sablage, fonderie, chantiers BTP…) ☐ 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 ☐ Travaux exposant aux poussières de bois inhalables ☐ Travaux exposant aux fumées de soudage ☐ Travaux exposant aux émissions d'échappement des moteurs diesel ☐ Travaux exposant à des expositions cutanées d'huiles minérales utilisées auparavant par des moteurs à combustion ou pour lubrifier ou refroidir	☐ Risque hyperbare ☐ Amiante ☐ Plomb (R4412-160) ☐ 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) ☐ Habilitation électrique ☐ Habilitation de travail en espaces confinés (CATEC) ☐ Manutention manuelle de charge supérieure à 55 kg ☐ Rayonnements ionisants catégorie A & B ☐ Risque de chute en hauteur lors du montage et démontage d'échafaudages ☐ Salarié de -18 ans affecté à des travaux dangereux réglementés

* Postes à risque nécessitant un Suivi Individuel Adapté - SIA	
☐ 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) ☐ Exposé aux agents biologiques du groupe 2 (leptospirose…) ☐ Travailleurs exposés à des champs électromagnétiques (si VLE dépassées)	☐ Femme enceinte, venant d'accoucher ou allaitante ☐ Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité ☐ Travailleur titulaire d'une Reconnaissance Qualité de Travailleur en situation de Handicap (RQTH) ☐ Travailleur âgé de moins de 18 ans

RECAPITULATIF DE VOTRE ENVOI

Pièces à joindre :

- ☐ Bulletin d'adhésion complet signé avec déclaration des effectifs
- ☐ Votre règlement par chèque ou virement bancaire avec preuve de virement

Tout dossier incomplet sera renvoyé !

Réservé à SPSTL42 :

Date de réception : ……..

- ☐ *Complet le …….*
- ☐ *Incomplet …….*