

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 acquittée vous sera adressée.**
- ✓ 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.
- ✓ Les entreprises hors compétence géographique peuvent adhérer pour des **salariés travaillant dans notre secteur : salarié détaché** (le lieu de résidence n'entre pas en compte), merci d'y joindre impérativement la fiche d'entreprise.

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 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

- Avez-vous des entreprises extérieures travaillant en permanence dans vos locaux ? Non Oui

(si oui, nom de l'entreprise)

Si différentes de l'adresse du siège social :

Adresse postale et mail d'activité

.....
.....

Adresse postale et mail de convocation

.....
.....

ICI : Indiquer adresse activité pour salarié détaché :


.....
.....

Adresse postale et mail de facturation

.....
.....

Souhaitez-vous des précisions concernant (voir détail dans brochure d'information) :

- nos interventions pluridisciplinaires :

Sensibilisation, information (bruit, risques chimiques, conditions de travail en tertiaire dont le travail sur écran, ...)	Non	Oui
Métriologie (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 A L'ADHESION

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 :		TOTAL HT	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
- SIS	<input type="checkbox"/>	TVA 20%	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
- SIR *	<input type="checkbox"/>	TOTAL	=	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	TTC
- SIA *	<input type="checkbox"/>				

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 mail : adhesion@santetravail42.fr

Une facture acquittée vous sera envoyée par mail, dès encaissement de votre règlement.

Après enregistrement de votre dossier, des codes d'accès au portail Adhérent vous serons adressés par mail afin d'enregistrer vos salariés (avec les risques si exposition en vous aidant du tableau ci-dessous).

* 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 270h/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
---	---