

BULLETIN D'ADHÉSION

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ PAR L'ADHÉSION

Nom ou Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Mobile :

E-mail :

Code NAF :

SIRET :

Activité :

Nom et prénom de l'employeur :

Téléphone :

Mobile :

E-mail :

ADRESSE DE CONVOCATION

Remplir cette partie uniquement si différente de l'établissement concerné

Nom du contact :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mobile :

Fax :

Email :

ADRESSE DE FACTURATION

Remplir cette partie uniquement si différente de l'établissement concerné

Nom du contact :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mobile :

Fax :

Email :

Déterminants Suivi Individuel Adapté (SIA*)

- | | |
|--|--|
| 1 - Travailleur handicapé | 5 - Salarié de - de 18 ans non affectés à des travaux réglementés |
| 2 - Titulaire d'une pension d'invalidité | 6 - Salarié exposé à agents biologiques groupe 2 |
| 3 - Femme enceinte, allaitante | 7 - Salarié exposé à des champs électromagnétiques si VLE dépassée |
| 4 - Travailleur de nuit | |

Déterminants Suivi Individuel Renforcé (SIR*)

- | | |
|--|--|
| 8 - Les travailleurs exposés à l'amiante | opérations de montage et démontage d'échafaudages |
| 9 - Les travailleurs exposés au plomb dans les conditions prévues réglementairement | 15 - Les salariés exposés à la manutention manuelle, port de charges > 55 kg |
| 10 - Les salariés exposés aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxique pour la reproduction | 16 - Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage |
| 11 - Les salariés exposés aux agents biologiques des groupes 3 et 4 prévus réglementairement | 17 - Habilitation électrique (travaux sur installations électriques) |
| 12 - Les salariés exposés aux rayonnements ionisants | 18 - Moins de 18 ans affectés à travaux réglementés |
| 13 - Les salariés exposés au risque hyperbare | 19 - Rayonnements ionisants catégorie A |
| 14 - Les salariés exposés au risque de chute de hauteur lors des | 20 - Risques particuliers motivés par l'employeur |

Un salarié ne bénéficiant pas d'un Suivi Individuel Adapté (SIA) ou Renforcé (SIR) doit être déclaré en Suivi Individuel (SI)

VOTRE EFFECTIF DÉCLARÉ

Remplir cette partie autant de fois que nécessaire, ou fournir votre liste du personnel en indiquant obligatoirement l'ensemble des éléments définis ci-dessous.

Nom :	Prénom:	Sexe (H/F)
Date de naissance :	Date d'embauche :	Contrat :
Poste déclaré :		
Catégorie de suivi : SI	SIA	SIR
Risque(s) déclaré(s)		
<i>(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :</i>		

Nom :	Prénom:	Sexe (H/F)
Date de naissance :	Date d'embauche :	Contrat :
Poste déclaré :		
Catégorie de suivi : SI	SIA	SIR
Risque(s) déclaré(s)		
<i>(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :</i>		

Nom :	Prénom:	Sexe (H/F)
Date de naissance :	Date d'embauche :	Contrat :
Poste déclaré :		
Catégorie de suivi : SI	SIA	SIR
Risque(s) déclaré(s)		
<i>(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :</i>		



SSTMC

Votre partenaire Prévention

VOTRE EFFECTIF DÉCLARÉ

Remplir cette partie autant de fois que nécessaire, ou fournir votre liste du personnel en indiquant obligatoirement l'ensemble des éléments définis ci-dessous.

Nom : Prénom: Sexe (H/F)

Date de naissance : Date d'embauche : Contrat :

Poste déclaré :

Catégorie de suivi : SI SIA SIR Risque(s) déclaré(s)

(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :

Nom : Prénom: Sexe (H/F)

Date de naissance : Date d'embauche : Contrat :

Poste déclaré :

Catégorie de suivi : SI SIA SIR Risque(s) déclaré(s)

(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :

Nom : Prénom: Sexe (H/F)

Date de naissance : Date d'embauche : Contrat :

Poste déclaré :

Catégorie de suivi : SI SIA SIR Risque(s) déclaré(s)

(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :

Nom : Prénom: Sexe (H/F)

Date de naissance : Date d'embauche : Contrat :

Poste déclaré :

Catégorie de suivi : SI SIA SIR Risque(s) déclaré(s)

(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :

Nom : Prénom: Sexe (H/F)

Date de naissance : Date d'embauche : Contrat :

Poste déclaré :

Catégorie de suivi : SI SIA SIR Risque(s) déclaré(s)

(préciser le(s) numéro(s) parmi les 20 risques cités en légende) :

FINALISER VOTRE ADHÉSION

Votre cotisation annuelle :

Droit d'entrée : 5 € HT par adhésion

Effectif déclaré : salarié(s)

Montant HT : 105 € par salarié

Total HT €

TVA 20 % : €

Total TTC : €

Ce montant est à régler

par chèque ou par virement

Par **chèque** libellé à l'ordre du **SSTMC** et à nous retourner par courrier à l'adresse suivante :
SSTMC- Service Administratif- 3 rue Jean Suberville- 31800 SAINT-GAUDENS

ou, par **virement**, libellé avec votre nom d'établissement, RIB et coordonnées ci-dessous :

BPOC BALMA ENTREPRISES

IBAN : FR76 1780 7000 0785 3212 7824 363- BIC : CCBPFRPPTLS

Votre bulletin d'adhésion est à retourner : :

- par e-mail à l'adresse suivante : **contact.saint-gaudens@sstmc.fr**
- ou par courrier à l'adresse référencée ci-dessus.

Dès réception, votre bulletin sera traité sous 48h, et une facture correspondant à votre déclaration vous sera envoyée. L'équipe médicale en charge de votre dossier vous contactera ultérieurement.

Je soussigné(e),

Déclare demander mon adhésion au SSTMC et accepte les conditions et modalités après avoir pris connaissance du règlement intérieur des adhérents.

Fait à

Signature :

Le :

Tampon de l'Entreprise