

Centre Médical de Montélimar et Administration
Pôle du Meyrol - Rue Raymond Louis - 26200 MONTE LIMAR
Tel : 04.75.92.30.10
Fax : 04.75.01.93.65

DEMANDE D'ADHESION

www.prevention-dromeardeche.fr

**SERVICE INTERENTREPRISES
DE SANTE AU TRAVAIL
DROME PROVENÇALE - ARDECHE SUD**

PIERRELATTE
1, rue Jean Mermoz
26700 – PIERRELATTE
Tél : 04 75 96 59 77
Fax : 04 75 96 42 99

NYONS
ZA des Laurons
26110 – NYONS
Tél : 04-75-92-30-09
Fax : 04-75-26-04-88

Adhérent n° :

DEMANDE D'ADHESION

SIST : SERVICE INTERENTREPRISES DE SANTE AU TRAVAIL DROME PROVENCALE – ARDECHE SUD

Pôle du Meyrol Rue Raymond Louis - 26200 MONTELMAR - Fax : 04.75.01.93.65

Je Soussigné, **NOM** : _____ **PRENOM** : _____

QUALITE : _____

Demande à être inscrit comme Membre Adhérent au SIST en vue de l'application de la Législation relative à la Médecine du Travail à compter du : _____

Je prends l'engagement :

- de verser la régularisation des Droits d'Entrée qui sera effectuée sur l'effectif supplémentaire embauché dans les 12 mois qui suivent l'adhésion
- de payer les factures appelées suivant les modalités prévues correspondant pour la première année au nombre de salariés passés en première visite.
- de respecter les obligations résultant des Statuts et du Règlement Intérieur du Service, ainsi que les prescriptions législatives et réglementaires applicables aux Etablissements assujettis en matière de Santé au Travail.

Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

Adresse e-mail : _____

ADRESSE DE FACTURATION (si différente) :

Code Postal : _____ Ville : _____

Nature et Activité de l'Entreprise : _____

N° SIRET (14 chiffres) : _____

Code APE (4 chiffres 1 lettre) : _____

DROITS D'ENTREE : 45,60 €uros TTC par salarié

Nombre de salariés à inscrire (à reporter en page 5) : x 45,60 € TTC =

Je vous adresse cette somme :

par chèque bancaire

par virement bancaire : **Merci de préciser votre Raison sociale en référence de paiement**

Relève d'Identité Bancaire

Titulaire du compte :

SIST DROME PROVENCALE - POLE DU MEYROL - RUE LOUIS RAYMOND - 26200 MONTELMAR

Etablissement 20041 **Guichet** 01007 **N° de compte** 0150822K038 **clé RIB** 71

IBAN : FR23 2004 1010 0701 5082 2K03 871 **BIC** : PSSTFRPPLYO

DOMICILIATION : La BANQUE POSTALE - CENTRE FINANCIER DE LYON

TARIFICATION

<u>1^{ère} année</u>		
A régler lors de l'inscription	Droits d'entrée <u>PAR SALARIE</u>	38,00 €uros H.T (soit 45,60 € TTC)
A régler après la visite	Visite d'embauche	50,00 €uros H.T (soit 60,00 € TTC)



<u>A partir de la 2^{ème} année</u>		
Cotisation annuelle	<u>PAR SALARIE</u>	72,50 €uros H.T (soit 87,00 € TTC)
En cas de nouvelle embauche	Visite d'embauche	50,00 €uros H.T (soit 60,00 € TTC)

T.V.A. 20% acquitée sur les encaissements.

Il est rappelé que toute absence non excusée 48 heures à l'avance, sera facturée 30,00 € H.T.

Que recouvre le montant de la cotisation ?

La **cotisation** est un forfait annuel, établi par salarié.

Le calcul s'effectue sur la base de l'effectif déclaré au 1^{er} janvier de chaque année par l'employeur.

Ce forfait est indépendant du nombre de visites effectuées dans l'année pour le même salarié.

➤ Suivi médico-professionnel

- **Visite d'embauche**
- **Visite périodique**
- **Visite de reprise** après :
 - Une absence pour congé maternité ou maladie professionnelle
 - Une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.
- **Visite de pré-reprise** : lors d'un arrêt longue durée
- **Visite à la demande** de l'employeur, du salarié, du médecin.
- **Examens complémentaires** : ils sont effectués par l'équipe médicale ou prestataires extérieurs, à chaque fois que le médecin du travail juge nécessaire : audiogrammes, visiotests, examens urinaires, E.F.R. (explorations fonctionnelles respiratoires)

➤ Action en milieu de travail

- **Etude de poste de travail** (connaître les conditions de travail et les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés)
- Aide à l'élaboration du **document unique d'évaluation des risques (DUER)**
- **Evaluation des ambiances physiques** (sonore, lumineuse) et préconisations
- Aide et conseils liés à **l'évaluation des risques chimiques**
- Détection et conseils liés aux **risques de troubles musculo-squelettiques**
- Séances de **sensibilisation** à destination des salariés (travail sur écran, risque sonore...)
- Elaboration de la **fiche d'entreprise**
- Conseils liés à **la réglementation**

Madame, Monsieur,

Merci de bien vouloir compléter les informations nécessaires au suivi individuel de l'état de santé de vos salariés.

Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016.

Salarié hors risque particulier : catégorie **SI** (Suivi Individuel Simple)

Salarié dans les cas suivants : Catégorie **SIA** (Suivi Individuel Adapté)

TH - Travailleur handicapé (TH)

INV – Titulaire d'une pension d'invalidité

FEM – Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher

NUIT : Travailleur de nuit

18NTR : Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés

AB2 : Salarié exposé à Agents biologiques groupe 2 (AB2)

CHEM : Salarié exposé à champs électromagnétiques si VLE dépassée

Salarié dans les cas suivants : Catégorie **SIR1** (Suivi Individuel Renforcé Annuel)

18 TR : Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés

CATA : Rayonnements ionisants catégorie A

Salarié dans les cas suivants : Catégorie **SIR** (Suivi Individuel Renforcé)

AMIA : Salarié exposé à Amiante

PB : Salarié exposé à Plomb

CMR : Salarié exposé à CMR

AB34 : Salarié exposé à agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 (ABP3 et 4)

Cat B : Salarié exposé à Rayonnements ionisants (catégorie B)

HYP B : Salarié exposé à Risque hyperbare

MONT : Salarié exposé à risque de chute de hauteur lors du montage / démontage d'échafaudage

MANU : Salarié exposé à Manutention manuelle, port de charges >55 kg (R4541-9)

COND : Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage (CACES)

ELEC : Habilitation électrique

RPE : Risques particuliers motivés par l'employeur

Il est important de renseigner au mieux ces informations dans l'intérêt de vos salariés et de votre entreprise.

Dans cette attente, et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Votre service Adhérent

Nom prénom du salarié	Date de naissance	Emploi	Type de contrat	Travailleur Handicapé	Tit. pension invalidité	Femme enceinte	Travailleur de nuit	-18 ans non affecté TR	Agent biologiques AB2	Champs Electromagnétiques	-18 ans affecté TR	Rayonnements ionisants	Amiante	Plomb	CMR	Agent biologiques 34	Rayonnements ionisants	Risque hyperbare	Montage/démontage	Manutention manuelle -	Habilitation conduite (Habilitation électrique	Risques particuliers motivés		

CACHET DE L'ENTREPRISE

A..... le.....

SIGNATURE

A réception de votre demande d'adhésion, nous enregistrerons votre dossier, vous recevrez en retour :

- Une facture acquittée ainsi que votre numéro d'adhérent

Pour toute prise de rendez-vous présentez-vous avec votre n° d'adhérent.

- Une convocation médicale pour vos salariés.