

N° D'ADHÉRENT (RÉSERVÉ À L'AMET) :

BULLETIN D'ADHÉSION 2021

ARTICLE D4622-14 DU CODE DU TRAVAIL

Ce bulletin d'adhésion est à retourner par email dûment complété à adhesion@amet.org.

CADRE RÉSERVÉ À L'AMET

N° de demande :

EX-ADH

B à O

CAB/COMP

COURRIER

P.J

SITE AMET

DPAE

SIÈGE SOCIAL DE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale :

Structure juridique :

Fonction publique : Oui

Non

Etat territorial

Etat hospitalier

Activité professionnelle :

Enseigne commerciale (*si différente de la raison sociale*) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

N° Siret :

Code NAF :

NOM/ Prénom du Responsable Légal de l'établissement :

Nombre total de salariés confiés :

ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ PAR L'ADHÉSION (SI DIFFÉRENT DU SIÈGE SOCIAL)

Raison sociale :

Structure juridique :

Activité professionnelle :

Enseigne commerciale (*si différente de la raison sociale*) :

Lien avec le siège social (*établissement secondaire, filiale...*) :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

N° Siret :

Code NAF :

NOM/ Prénom du Responsable Légal de l'établissement :

Nombre total de salariés confiés :

MERCI DE COCHER LA CASE CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION

L'adresse de l'établissement pour lequel vous souhaitez adhérer correspond au lieu de travail des salariés mentionnés sur la déclaration d'effectif jointe au présent bulletin d'adhésion

Dans le cas contraire, merci de nous indiquer l'adresse du lieu de travail des salariés :

PRÉCISIONS À NOUS APPORTER

Jour de fermeture de l'établissement adhérent

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

Samedi

Dimanche

Besoins éventuels

ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉTABLISSEMENT)

Raison sociale de facturation :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

ADRESSE DE CONVOCATION (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉTABLISSEMENT)

Raison sociale de facturation :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

MOTIF DE L'ADHÉSION

Création

Reprise/ Succession

Changement de service de santé au travail

Votre précédent service de santé au travail :

Nom du médecin du travail :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

INTERLOCUTEURS AU SEIN DE VOTRE ÉTABLISSEMENT

1 RÉFÉRENT PRINCIPAL (DIRECTION GÉNÉRALE)

Civilité : NOM : Prénom :
Fonction au sein de l'entreprise :
Email : Téléphone :

2 RÉFÉRENT COMPTABILITÉ

Civilité : NOM : Prénom :
Fonction au sein de l'entreprise :
Email : Téléphone :
Est externe à l'entreprise : Oui Non
Envoi des factures par : Email Voie postale

Dans le cadre d'une démarche de développement durable, nous vous invitons à privilégier l'envoi par email

3 RÉFÉRENT RESSOURCES HUMAINES

Civilité : NOM : Prénom :
Fonction au sein de l'entreprise :
Email : Téléphone :
Est externe à l'entreprise : Oui Non

4 RÉFÉRENT DÉCLARATION DES EFFECTIFS

Civilité : NOM : Prénom :
Fonction au sein de l'entreprise :
Email : Téléphone :
Est externe à l'entreprise : Oui Non

5 RÉFÉRENT CONVOCATIONS (VISITES MÉDICALES)

Civilité : NOM : Prénom :
Fonction au sein de l'entreprise :
Email : Téléphone :
Est externe à l'entreprise : Oui Non
Envoi des convocations par : Email Voie postale

Dans le cadre d'une démarche de développement durable, nous vous invitons à privilégier l'envoi par email

6 RÉFÉRENT SANTÉ ET SÉCURITÉ

Civilité : NOM : Prénom :
Fonction au sein de l'entreprise :
Email : Téléphone :
Est externe à l'entreprise : Oui Non

ORGANISATION DE LA PRÉVENTION

Instances Représentatives du Personnel : Oui Non Non Applicable

PRÉSIDENT CSE

Civilité : NOM : Prénom :
Email : Téléphone :

SECRÉTAIRE CSE

Civilité : NOM : Prénom :
Email : Téléphone :

SALARIÉ COMPÉTENT (ARTICLE L. 4644-1 DU CODE DU TRAVAIL)

« L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel [...] aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère. »

Civilité : NOM : Prénom :
Email : Téléphone :

INFIRMIER(ÈRE) D'ENTREPRISE

Civilité : NOM : Prénom :
Email : Téléphone :

DISPOSEZ-VOUS DES DOCUMENTS SUIVANTS ? (SI OUI, MERCI DE NOUS JOINDRE UNE COPIE)

Fiches d'exposition/ Facteurs de pénibilité de vos salariés

Fiche d'Entreprise

Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP)

Fiche de Données de Sécurité des produits utilisés au sein de votre établissement

Dernière fiche d'aptitude/ Attestation de suivi de votre établissement

Autorisation de transfert des dossiers médicaux

Autre(s)

DOCUMENTS À OBLIGATOIREMENT NOUS RETOURNER PAR EMAIL À ADHESION@AMET.ORG

Le présent Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé

La liste du personnel jointe renseignée

NOM/ Prénom, Date de naissance, Coordonnées, N° Sécurité Sociale, Code CSP, Fonction, Type de contrat, Date d'embauche...

L'extrait KBIS

Le règlement par chèque obligatoire à nous retourner par voie postale

Le virement ne peut pas s'effectuer à l'adhésion car nous n'avons ni numéro de facture ni référence adhérent

COTISATIONS FORFAITAIRES ANNUELLES POUR L'ANNÉE 2021

108€ HT (TVA 20%) soit 129€60 TTC/ par salarié

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Agissant en qualité de

Déclare adhérer à l'AMET Santé au Travail et :

- certifie l'exactitude des renseignements figurant sur le présent bulletin d'adhésion ainsi que sur la liste de déclaration de mes effectifs ;
- déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur des adhérents de l'AMET¹ et m'engage à les respecter ;
- m'engage à ne pas être déjà inscrit dans un service de santé au travail ;
- m'engage à communiquer, par l'utilisation de mon Portail Adhérent, toutes modifications dans le fonctionnement de mon établissement : *raison sociale, coordonnées, variation de l'effectif, cessation d'activité, etc ;*
- m'engage à verser à l'échéance les cotisations forfaitaires annuelles fixées.

Conservez impérativement un double de ce document rempli avant de nous le retourner

Fait à

le

Signature Entreprise (NOM/ Prénom précédé
de la mention « Bon pour accord »)

Signature de l'AMET Santé au Travail

¹Le Règlement Intérieur des Adhérents et les Statuts de l'AMET sont disponibles sur notre site Internet www.amet.org et peuvent vous être envoyés par email ou par courrier postal sur simple demande de votre part.

Pour tout renseignement complémentaire : 01 49 35 82 66/ 06 59 31 38 01 - adhesion@amet.org

Accédez à votre Portail Adhérent via notre site Internet www.amet.org

Siège social : 13 rue Joseph et Etienne Montgolfier, 93110 Rosny-sous-Bois

Siret 785 565 995 00020 - NAF 8621 Z

