

# CONTRAT D'ADHÉSION

## • RÉSERVÉ AU SERVICE

Date d'enregistrement : ..... Code Adhérent : .....

## • INFORMATIONS GÉNÉRALES

Je soussigné (e) : .....

Représentant l'entreprise : .....

Adresse de l'établissement : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

déclare adhérer à l'Organisme pour la Prévention et la Santé Au Travail et m'engage de ce fait à me conformer aux droits et obligations résultant des lois et décrets concernant la Santé au Travail, ainsi qu'aux statuts et règlement général de cet Organisme.

Fait à : .....

Le : .....

Signature du Service  
PO/Le Directeur Général  
Pascal LE DEIST

Cachet et signature précédée de la mention  
« LU ET APPROUVÉ »

## A nous adresser impérativement

**OPSAT Service Adhésion  
Jura**

5A, rue Bougauld  
BP 59- 39107 DOLE CEDEX

**OPSAT Service Adhésion**

**Nord du Doubs/Territoire de Belfort/Haute Saône**

Allée Hugoniot- Zone Technoland/Brogard  
BP 12106- 25462 ETUPES CEDEX

- Feuillelet contrat d'adhésion / Fiche de renseignements
  - Feuillelet frais administratifs - cotisation
- par chèque
- ou
- par virement

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

## • ÉTABLISSEMENT ADHÉRENT

Raison Sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : ..... Courriel @ : .....

Nom et prénom du dirigeant : .....

N° de SIRET : ..... Code APE/NAF : .....

Activité : .....

N° TVA FR : ..... Total effectif salariés : .....

Avez-vous réalisé votre DUERP ? ..... Oui  Non

*(Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) Si oui, le joindre à l'adhésion.*

## • CONTACT ADMINISTRATIF (personne à contacter pour la gestion du dossier adhérent)

Nom- Prénom : ..... Tél : .....

Fonction : ..... Courriel @ : .....

## • ADRESSE DE FACTURATION

Raison Sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : ..... Courriel @ : .....

Personne à contacter si besoin : .....

## • RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE

Êtes-vous déjà adhérent à l'OPSAT (anciennement AIST39/SSTNFC) ? ..... Oui  Non

Si oui, pour quelle entité ? : ..... Code Adhérent : .....

Est-ce une création ?  une reprise ?

Si reprise, quelle est la précédente raison sociale ? : .....

Nom du prédécesseur : .....

## DÉMARCHES OBLIGATOIRES EN LIGNE : [www.opsat.fr](http://www.opsat.fr)

### • CONTACT TÉLÉDÉCLARANT (personne en charge de la déclaration et de l'actualisation des effectifs)

Nom- Prénom : ..... Tél : .....

Fonction : ..... Courriel @ : .....

• Dans le cas où votre déclaration d'effectifs annuelle ou l'actualisation de vos salariés entrants/sortants est confiée à un organisme extérieur (cabinets Comptable, sous-traitant RH...)

Nom - Prénom : ..... Tél : .....

Fonction : ..... Courriel @ : .....

# COTISATION 2019

## • FRAIS ADMINISTRATIFS

Ils sont fixés à 39,00 € HT soit 46,80 € TTC par salarié.

Ils correspondent à l'ouverture du dossier de l'entreprise et sont payables lors de l'adhésion.

## • COTISATION

Elle est fixée à 96,90 € HT soit 116,28 € TTC. Ce montant est revu chaque année par le Conseil d'Administration.

**Ce décompte est à calculer par le signataire à la demande d'adhésion, et à retourner accompagné du règlement et du dossier d'adhésion dûment rempli**

### • FRAIS ADMINISTRATIFS PROPORTIONNELS AU NOMBRE DE SALARIÉS DÉCLARÉS

Nombre de salariés  
 ..... X 39,00 € HT = ..... €

### • COTISATION PROPORTIONNELLE AU NOMBRE DE SALARIÉS DÉCLARÉS

Nombre de salariés  
 ..... X 96,90 € HT = ..... €

TOTAL HT = ..... €  
 TVA 20,00 % = ..... €  
 TOTAL TTC À RÉGLER = ..... €

### • FRAIS D'OUVERTURE DE COMPTE POUR LE PERSONNEL INTÉRIMAIRE

1 X 39,00 € HT = 39,00 €  
 TVA 20,00 % = 7,80 €  
 TOTAL TTC À RÉGLER = 46,80 €

### • FACTURATION PAR PRESTATION\*

Nombre de salariés intérimaires x 100,25 € HT soit 120,30 € TTC.

\*Pour information

- **Règlement par chèque** : joindre obligatoirement le chèque.
- **Règlement par virement** : préciser l'identité exacte lors du virement.

### Nos références bancaires :

### CIC BANQUE PRIVEE BELFORT

Banque	Guichet	N° compte	Clé
33291	30087	00012508201	71

**IBAN (International Bank Account Number) :** FR76 3008 7332 9100 0125 0820 171

**BIC (Bank Identifier Code) :** CMCIFRPP

## • IMPORTANT

En cas de non-paiement d'une précédente cotisation ou de non-retour d'une précédente déclaration d'effectifs, une facture complémentaire correspondante au frais de pénalités vous sera adressée. Ces frais sont fixés à 65,00 € HT soit 78,00 € TTC par salarié.