

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

5C, rue Bougauld
BP 59- 39107 DOLE CEDEX

- Feuillelet contrat d'adhésion / Fiche de renseignements ☐
- Feuillelet frais administratifs - cotisation ☐

par chèque ☐

ou

par virement ☐

Date du 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

• 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 2020

• 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 97,80 € HT soit 117,36 € 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 97,80 € 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 101,20 € HT soit 121,44 € 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.