

# 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  
CS50057- 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/SIST Haut Doubs) ?

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 2021

## • 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 98,70 € HT soit 118,44 € 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 98,70 € 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 102,10 € HT soit 122,52 € 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.