

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
CS 50057- 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 :

Important : à renseigner impérativement

• 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 :

COTISATION 2022

• 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 99,00 € HT soit 118,80 € TTC par salarié. Ce taux s'applique également pour les nouveaux salariés embauchés. 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 99,00 € 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 102,40 € HT soit 122,88 € 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

Les frais de radiation, l'absence à une visite médicale non excusée et le 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.