

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 »

À 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 :

* En adhérant à OPSAT, vous acceptez de communiquer aux équipes du service les données personnelles des salariés de votre entreprise nécessaires à ses missions de santé au travail. De plus, vous vous engagez à informer vos salariés sur la possibilité d'accès, de rectification et de suppression de ses données personnelles. En cas de refus de votre part, le contrat d'adhésion pourra être suspendu.

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 2023

• 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. Ces taux s'appliquent 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	=	€ HT

• COTISATION PROPORTIONNELLE AU NOMBRE DE SALARIÉS DÉCLARÉS

Nombre de salariés			
	X 99,00 € HT	=	€ 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
30087	33291	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.