



DÉCLARATION D'ADHÉSION

Cadre réservé au service

DPAE

N° adhérent :

Référent :

Assistant :

Secteur / centre : /

Date de saisie :

1. Siège social

Enseigne commerciale :Forme juridique :

Raison sociale :

Successeur de :

Activité de l'entreprise :

Code NAF (4 chiffres + 1 lettre) : N° Siret :

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact siège social :

2. Facturation (si différent du siège)

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact facturation :

3. Etablissement concerné par le suivi santé travail (si différent du siège)

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact santé travail :

L'établissement dispose-t-il d'un CHSCT : Oui Non

L'établissement dispose-t-il de délégués du personnel : Oui Non

4. Envoi des convocations

Adresse d'envoi des convocations : Siège social Facturation Etablissement santé travail Autre adresse

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact convocations :

5. Envoi de la liste nominative pour la mise à jour des effectifs

Adresse d'envoi de la liste nominative : Siège social Facturation Etablissement santé travail Autre adresse

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact liste nominative :

6. Contraintes pouvant influencer sur l'organisation des visites médicales

7. Déclaration d'adhésion

Je soussigné,

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de :

Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document et déclare, après en avoir pris connaissance, adhérer aux statuts de la Médecine du Travail de l'Aisne.

Les droits d'entrée fixés à 46,00 € H.T. sont à régler à réception de la facture.

Nombre de salariés déclarés :
(N'oubliez pas de joindre la liste nominative du personnel à votre déclaration d'adhésion)

Fait à : le

Signature et cachet de l'entreprise.

Documents à joindre à votre déclaration :

- Déclaration d'adhésion (ce document)
- Liste nominative
- Connaissance nouvel adhérent
- Autorisation de prélèvement et RIB IBAN

Connaissance Nouvel Adhérent

Nom de l'entreprise : _____

N° adhérent : _____

Raison sociale : _____

Secteur d'activité : _____

Type de production : _____

Correspondant dans l'entreprise : _____

- Fonction : _____

- N° de téléphone : _____

- Email : _____

- Code NAF (NACE) : _____

Dans le cadre de votre adhésion, nous pouvons vous accompagner dans les domaines suivants. Par le(s)quel(s) d'entre eux êtes-vous intéressé ?

- amélioration des ambiances de travail : étude de poste, rythmes de travail, stress...
- analyse et prévention des risques physiques : bruit, éclairage, manutention...
- analyse et prévention des risques chimiques
- maintien dans l'emploi
- réglementation
- prévention de maladies professionnelles
- hygiène de vie (tabac, alimentation, alcool...)
- sensibilisation aux risques professionnels
- fiche d'entreprise
- autres (préciser) :

Vos remarques ou suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date

Signature

Merci de nous retourner impérativement ce document par courrier à Florian RICAUX,
 ou par fax au 03.23.62.92.46 ou par mail à florian.ricaux@mt02.org
 Médecine du Travail de l'Aisne, Rue Théodore Monod, ZAC Bois de la Chocque, 02100 St Quentin