



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 CSE : 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 Établissement 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 Établissement 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 avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, de son annexe sur la protection des données personnelles, et des tarifs (documents disponibles sur notre site internet www.mt02.org, dans la rubrique « Devenir adhérent »), les accepter et adhérer à la Médecine du Travail de l'Aisne.

Les droits d'entrée fixés à 50,00 € H.T. sont à régler à réception de la facture.

Nombre de salariés déclarés :

(N'oubliez pas de déclarer l'ensemble de vos salariés dans le portail adhérents à réception de l'identifiant et du mot de passe.)

Fait à : le

Signature et cachet de l'entreprise.

Documents à joindre à votre déclaration :

Déclaration d'adhésion (ce document)

Autorisation de prélèvement et RIB IBAN

La Médecine du Travail de l'Aisne peut utiliser vos données pour vous envoyer des communications par courrier électronique (Information, invitation à un événement...). Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à tout moment par mail à l'adresse suivante : dpo@mt02.org ou en cliquant sur le lien de désinscription présent sur chacune de nos communications.

MANDAT de Prélèvement SEPA



Reference grid for unique mandate reference.

Référence unique du mandat – Zone réservée à la Médecine du Travail de l'Aisne

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la MEDECINE DU TRAVAIL DE L' AISNE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MEDECINE DU TRAVAIL DE L' AISNE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veillez compléter les champs marqués *

Raison sociale * 1
Raison sociale du débiteur

Adresse * 2
Numéro et nom de la rue

* 3
Code Postal Ville

* 4
Pays

Coordonnées de votre compte 5
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

..... 6 Joindre obligatoirement un RIB
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Domiciliation bancaire * 7
Nom de l'agence qui tient le compte

* 8
Numéro et nom de la rue

* 9
Code postal Ville

Nom du créancier Médecine du Travail de l'Aisne 10
Nom du créancier

FR41ZZZ441107 11
Identifiant du créancier

Rue Théodore Monod – ZA Bois de la Chocque – BP 40362 12
Numéro et nom de la rue

02100 SAINT-QUENTIN 13
Code Postal Ville

FRANCE 14
Pays

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel [] 15

Signé à * 16
Lieu Date : JJ/MM/AAAA

Signature(s) Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner à MEDECINE DU TRAVAIL DE L' AISNE
Service Adhésions
Rue Théodore Monod - ZA Bois de la Chocque – BP 40362
ou par mail à florian.ricaux@mt02.org 02100 SAINT-QUENTIN

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier