

## BULLETIN D'ADHESION 2018

### Service de Santé au Travail (SST)

#### 1 INFORMATIONS GENERALES

##### Etablissement concerné par l'adhésion :

Nom de l'entreprise :  Forme juridique :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :  Ville :

N° SIRET :  Code NAF :

Nom du responsable :  N° de téléphone :

N° de portable :

##### Adresse de facturation (à compléter si différente du siège social) :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Email facturation :  N° de téléphone :

##### Renseignements complémentaires :

Interlocuteur en charge des convocations dans votre établissement :

Email convocation :  N° de téléphone :

Avez-vous d'autres entreprises adhérentes au SAMSI ?  Oui  Non *Si oui, précisez le(s) n° adhérent :*

##### Motif d'adhésion au SAMSI : S'agit-il :

- D'une création d'entreprise ?
- D'un changement de SST ? *Joindre obligatoirement la **fiche entreprise + certificat de radiation** (établis par votre précédent SST)*
- De l'adhésion d'un salarié isolé ? *Joindre obligatoirement la **fiche entreprise** du siège social (établie par votre précédent SST)*
- Autre – Précisez

##### Organisation de la prévention :

CE :  Oui  Non Nom du référent HSE (Hygiène Sécurité Environnement) :

CHSCT :  Oui  Non N° de téléphone référent HSE :

DP :  Oui  Non Email HSE :

## 2 DECLARATION D'EFFECTIF – Année 2018

### RAISON SOCIALE :

Mme M.	Nom de naissance	Nom marital	Prénom	Date de naissance	Fonction ou poste occupé	Date d'embauche	Date dernière visite	Surveillance déclarée	Contrat <sup>1</sup>	CSP <sup>2</sup>

La case « surveillance déclarée » est à compléter **obligatoirement** à l'aide des codes ci-dessous :

**Suivi Individuel Simple** : Cas général **SIS**

**Suivi Individuel Renforcé** :

**Suivi Individuel Spécifique** :

**Concerne les salariés exposés à / au(x) :**

- Travailleur handicapé **TH**
- Titulaire d'une pension d'invalidité **INV**
- Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher **FEM**
- Travailleur de nuit **NUIT**
- Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés **18NTR**
- Moins de 18 ans affecté à travaux règlementés **18TR**
- Salarié exposé aux agents biologiques groupe 2 **AB2**
- Salarié exposé aux champs électromagnétiques ≥ VLE **ChEM**

- Rayonnements ionisants catégorie A **CatA**
- L'amiante **AMI**
- Plomb **PB**
- Agents cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduct° **CMR**
- Agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 **AB34**
- Rayonnements ionisants (catégorie B) **CatB**
- Risque hyperbare **HypB**
- Risque de chute de hauteur lors du (dé)montage d'échafaudage **MONT**
- Manutentions manuelles, port de charge > 55 kg **MANU**
- Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et levage (CACES) **COND**
- Habilitation électrique (travaux sur installations électriques) **ELEC**
- Risques particuliers motivés par l'employeur **RPEmp**

*En cas de doute, le médecin pourra rectifier*

Si vous avez un effectif plus important, vous pouvez utiliser le fichier « **effectif complémentaire** » disponible sur [www.samsi-31.org](http://www.samsi-31.org) rubrique **Adhérer | Comment adhérer ?**

<sup>1</sup> Tous types de contrat de travail, y compris les apprentis, contrats saisonniers...

<sup>2</sup> Catégories Socioprofessionnelles <https://www.insee.fr/fr/accueil> Accueil | Définitions, méthodes et qualité | Nomenclatures | Nomenclatures des professions et CSP

## 3 CALCUL DE VOTRE PROVISION ANNUELLE 2018

### RAISON SOCIALE :

La cotisation au SAMSI est :

- ✓ **Fixe** (sans frais d'adhésion)
- ✓ **Mutualisée** (couvre l'ensemble de nos actions [cf. 2] et ne peut être assimilée à une simple consultation)
- ✓ **Annuelle** (ne peut être proratisée, fixée annuellement par le Conseil d'administration)


La facturation est établie **annuellement**, en février, et contient :

- ✓ Une **provision** de l'année en cours
- ✓ Une **régularisation** de l'année civile écoulée

Effectif total de l'établissement	..... personne(s) x	€ HT	€ HT
TVA (20%)	x		€
<b>Total</b>			<b>€ TTC</b>

### Moyen de paiement :

- Chèque (libellé à l'ordre du SAMSI)
- Virement

<b>BANQUE COURTOIS</b> 				Titulaire du compte :	
				SAMSI	
				Libellé du sous-compte :	
				COMPTE COURANT	
Code banque	Code Agence	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation	
10268	02528	10577900200	33	COURTOIS ENTREPRISES	
IBAN : FR76 1026 8025 2810 5779 0020 033				<b>RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE / IBAN</b> Partie réservée au destinataire du relevé	
BIC : COURFR2T					

Dès réception de votre paiement, votre adhésion sera prise en compte. Une facture ainsi que les codes d'accès à votre espace adhérent (rubrique : Accès portail adhérents) [www.samsi-31.org](http://www.samsi-31.org) vous sera alors envoyée.

Je soussigné , **représentant** la société précédemment citée, **déclare** adhérer au SAMSI, à compter de ce jour, pour une période d'une année (reconduit tacitement), et **m'engage** à :

- ✓ **Mettre à jour** mon effectif (même si aucun mouvement n'est à constater), sur mon **espace adhérent**<sup>3</sup>, **en janvier de chaque année**, ainsi que de toute modification dans la situation administrative ou juridique de mon entreprise,
- ✓ **Déclarer les salariés** exposés à un risque professionnel,
- ✓ **Me rapprocher** de ma chargée de rendez-vous pour toutes demandes de visite (embauche, périodique, ...),
- ✓ **Faire connaître** au SAMSI, les embauches, les reprises du travail après arrêt et les départs de salariés,
- ✓ **Collaborer** avec le SAMSI pour la gestion des risques professionnels au sein de votre établissement,
- ✓ **Régler les cotisations** annuelles en respectant les échéances.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur du SAMSI.

A

Certifié exact le

Signature

**Attention : Conservez impérativement un double de ce document complété avant de nous le retourner.**

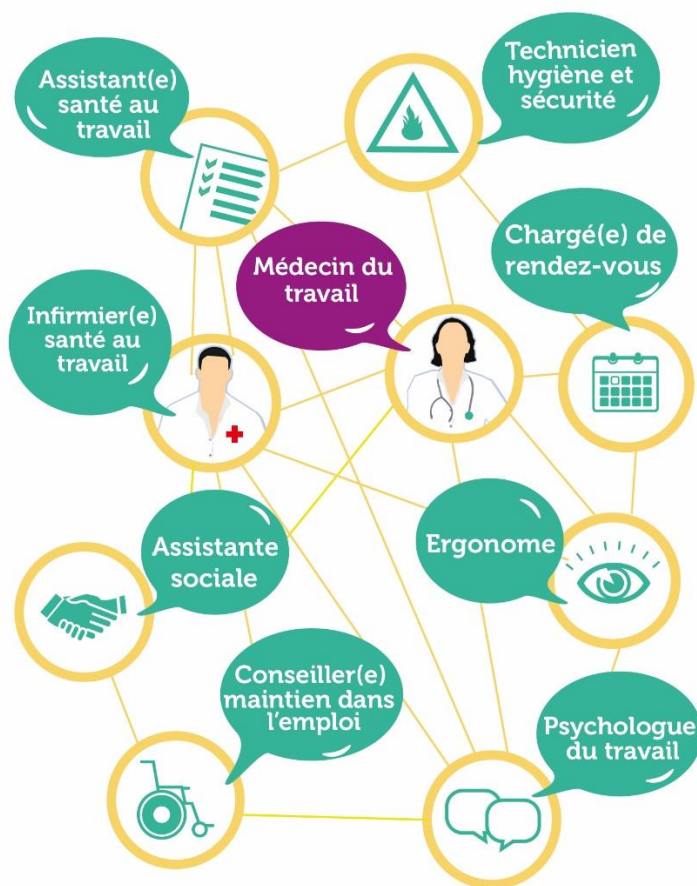
Dans le cadre de notre démarche « développement durable », nous vous invitons à privilégier les copies numériques aux photocopies papier.

En devenant adhérent au SAMSI, vous êtes susceptible de recevoir des informations liées à la prévention des risques professionnels. À ce titre, seule votre adresse mail sera utilisée pour vous adresser ces communications par courrier électronique.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ces courriels, vous pouvez demander à tout moment d'être retiré de notre base en nous l'indiquant à [contact@samsi-31.com](mailto:contact@samsi-31.com) en précisant bien votre numéro d'adhérent ainsi l'adresse mail concernée.

## 4

## NOS MISSIONS – Que contient votre cotisation ?



- 1 **Conseiller** et accompagner employeurs et salariés dans le milieu de l'entreprise pour éviter ou diminuer les risques professionnels et améliorer leurs conditions de travail,
- 2 Mener des **actions en entreprise** pour réaliser des diagnostics sur l'environnement de travail et repérer des situations à risques,
- 3 **Surveiller l'état de santé** des salariés,  
Les visites médicales peuvent être effectuées en entreprises ou sur camion, sous certaines conditions :
  - Eloignement géographique > 10 km du SAMSI,
  - Dès 50 salariés,
  - Mise à disposition de locaux et matériels agréés par nos équipes pluridisciplinaires.
- 4 Participer au suivi, contribuer à la **traçabilité** des expositions professionnelles et à la **veille sanitaire** - permettant d'ajuster les politiques nationales et régionales de prévention en matière de santé au travail).