



CENTRE DE SANTE AU TRAVAIL DE LA GUADELOUPE

Siège social

117, Imp. Emile DESSOUT – Z.I de Jarry
97122 BAIE-MAHAULT
Tel: 0590 38 18 89 Fax:0590 26 85 77
Siret: 321 140 485 00020

Bulletin d'adhésion

ILES DU NORD

Année :

Bientôt



1- Engagement

L'adhésion à un service de santé au travail est une obligation faite à tous les employeurs :
Art D.4622- 14 du code du travail

Je soussigné(e).....
Agissant en qualité.....
De l'entreprise
Dont le siège social est
.....
.....
Téléphone Fax
Portable Mail

N° de SIRET (14 chiffres) : | | | | | | | | | | | | | | |

Déclare adhérer, à dater de l'exercice 20...., au Centre de Santé au Travail de la Guadeloupe, constituée conformément aux dispositions des décrets du 20 mars 1979, du 28 juillet 2004 et du décret du 30 janvier 2012 pour l'organisation des services de santé au travail.

Cette adhésion vaut acceptation sans réserve des statuts et du règlement intérieur du CSTG en vigueur qui découlent des décisions prises en Assemblée Générale. Cette adhésion sera reconduite d'année en année par tacite reconduction. La résiliation du présent contrat ne pourra être obtenue par votre entreprise moyennant un préavis de trois mois avant le 1^{er} janvier de l'année civile N+1 signifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

À.....le.....
Cachet et signature de l'employeur (Faire précéder de la mention « **Lu et approuvé** »)

Lisez et remplissez attentivement votre bulletin d'adhésion. Renvoyez-le signé au CSTG et gardez-en une copie.



2- Questionnaire administratif

Forme juridique : Entreprise Individuelle / EURL / SARL / SA / SAS / Association
 Autre : (Précisez) :

Raison sociale (si enseigne à préciser svp) :

Nom du chef d'entreprise :

Cabinet comptable et telephone :

Activité de l'entreprise :

N° de SIRET (14 chiffres) : | _ | _ | | | | _ | _ | | | | _ | _ | | | | _ | _ | | | |

Code NAF : | | | | | | | | | |

ADRESSE DE FACTURATION

Adresse d'envoi et personne responsable
des liaisons comptables

Nom du Responsable :

.....

Ligne directe :

Mail :

Adresse postale:.....

.....

.....

ORGANISATION DES VISITES ET DU SUIVI

Adresse d'envoi et personne responsable des
liaisons avec le secretariat medical du CSTG

Nom du Responsable :

.....

Ligne directe :

Mail :

Adresse postale:.....

.....

.....

Si vous êtes déjà adhérent au CSTG (prochainement SPST) pour un autre établissement, merci de nous communiquer votre numéro d'adhérent ou, à défaut le nom de l'entreprise :

.....

Visites médicales **Cochez les disponibilités**

Dans la mesure du possible nous nous efforcerons de respecter vos préférences ci-dessous

| disponibilités | Matin | Après-midi |
|----------------|-------|------------|
| Lundi | | |
| Mardi | | |
| Mercredi | | |
| Jeudi | | |
| Vendredi | | |

Périodes à éviter (congés annuels, fermeture, repos hebdomadaires etc.)

.....

.....

.....

Nombre maximum de salariés à convoquer par jour

.....

4- Déclaration des effectifs

Liste des **CODES risques à renseigner**. Si le salarié est exposé à plusieurs risques (multi-expositions), renseigner tous les codes correspondants ;

TH : Travailleur handicapé
 Fem : Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher
 18NTR : Moins de 18 ans non affecté à travaux réglementés
 CElec : Salarié exposé à champs électromagnétiques
 Cata : Rayonnements ionisants catégorie A
 Pb : Salarié exposé au Plomb
 AB34 : Agents biologiques pathogènes groupes 3 et 4 (ABP3 et 4)
 HTPB : Salarié exposé à risque Hyperbare
 MANU : Salarié exposé à manutention manuelle, ports de charge >55 kg (R4541-9)
 COND : Habilitation de conduite de certains équipements automoteurs et de levage
 ELEC : Habilitation électrique

INV : Titulaire d'une pension invalidité
 Nuit : Travailleur de nuit
 AB2 : Salarié exposé à Agents biologiques groupe 2
 18TR : Moins de 18 ans affecté à travaux réglementés
 Amia : Salarié exposé à l'Amiante
 CMR : Salarié exposé aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques
 CatB : Salarié exposé à rayonnements ionisants catégorie B
 ECHA : Salarié exposé à risque de chute de hauteur lors du montage / démontage d'échafaudage
 RPEmp : Risques particuliers motivés par l'employeur

| Nom, Prénom du salarié | Né (e) le | Date d'entrée | Poste de travail | CSP (Catégorie Socio-professionnelle) | Code (s) risque A déclarer |
|------------------------|-----------|---------------|------------------|------------------------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

TOTAL DE VOTRE EFFECTIF

« Liste à dupliquer si nécessaire »

4- Déclaration de cotisation

Pour la première année, vous serez redevable des droits d'entrée et de la cotisation annuelle. **Ce règlement est indispensable pour l'enregistrement de votre dossier**

LE DROIT D'ENTRÉE PAR TRANCHE D'EFFECTIF

| | | | | |
|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Nb de salariés | 1 à 5 | 6 à 15 | 16 à 50 | + de 50 |
| Tarif | 45.00 € | 90.00 € | 150.00 € | 300.00 € |

(Exonération des droits d'entrée dans certains cas : reprise d'activité, changement de statut et/ou fusion, etc...)

LA COTISATION ANNUELLE

Elle s'élève à **118.50 € par salarié**

CALCUL DE VOTRE ADHESION :

Droits d'entrée = €

Cotisation de 118.50 € x = €

TOTAL A REGLER = €

CHOIX DU MODE DE REGLEMENT (Cocher la case correspondante)

ESPECE
(Paiement à effectuer à notre siège de Jarry)

VIREMENT sur notre compte
IBAN:FR43 3000 2061 9000 0007 0263 A31
BIC: CRLYFRPP

CHEQUE BANCAIRE
(à joindre à votre dossier)

⚠ ATTENTION ! Tout bulletin d'adhésion reçu sans règlement et/ou incomplet ne pourra être traité et fera l'objet d'un renvoi. Assurez-vous que l'ensemble des pièces ci-dessous nous soit retourné :

- Feuillet 1 : Bulletin d'adhésion dûment daté et signé
- Feuillet 2 : Questionnaire administratif **complété**
- Feuillet 3 : Déclaration des effectifs renseignée, **tous les champs sont obligatoires, (attention aux dates de naissance incomplètes)**
- Feuillet 4 : Déclaration de cotisation **remplie, accompagnée obligatoirement du règlement (si vous optiez pour un règlement par virement, merci de nous adresser l'ordre de virement et votre bulletin par mail)**

NOTRE SITE INTERNET : www.cstg.org