



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
INTERIMAIRE
Année:



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 de cotisation

Le montant de la cotisation **par intérimaire s'élève à 80.00 € hors taxes**

La facturation à l'acte est établit et **adressée au début du mois suivant les visites effectuées**

L'échéance des factures est à 30 jours fin de mois

CHOIX DU MODE DE REGLEMENT (Cocher la case correspondante)

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

CHEQUE BANCAIRE
(à joindre à votre dossier)

 **ATTENTION ! Assurez-vous que l'ensemble des pièces ci-dessous nous soit retourné :**

- Feuille 1 : Bulletin d'adhésion **dûment daté et signé**
- Feuille 2 : Questionnaire administratif **complété**
- Feuille 3 : Condition de cotisation

NOTRE SITE INTERNET : www.cstg.org