

Siège social Saint-Malo

4-6 rue Augustin Fresnel  
B.P. 154  
35408 SAINT-MALO CEDEX  
Tél : 02.99.81.12.22  
Fax : 02.99.82.07.05

**Retourner ce  
document  
rempli,  
accompagné de  
votre règlement.**

## DOCUMENT D'ADHESION

Votre adhésion ne prendra effet qu'après l'enregistrement de l'ensemble des informations demandées dans le présent document et après règlement des droits d'entrée et de la cotisation forfaitaire provisionnelle.

Adhérer à la S.T.S.M., Santé au Travail du pays de Saint-Malo, nécessite de respecter un certain nombre d'obligations pour les employeurs :

↳ S'acquitter de la cotisation fixée par le conseil d'administration (*cotisation annuelle, cotisation forfaitaire pour les absences non excusées à une convocation*)

↳ Informer les salariés des convocations aux visites médicales et en faciliter l'accès. Prévenir le service en cas d'indisponibilité aux rendez-vous.

↳ Signaler à la S.T.S.M. toutes modifications survenues dans l'entreprise (embauche, reprise de travail après absence pour maladie, accident...)

↳ Fournir à la S.T.S.M. l'état nominatif des salariés en complétant l'imprimé ci-joint et remplir annuellement une déclaration des effectifs (actualisation). Indiquer individuellement sur les listes nominatives si les salariés relèvent ou non de la surveillance médicale renforcée (SMR / sur cette notion se reporter à l'annexe jointe)

↳ Faciliter toute visite du médecin sur les lieux du travail.

↳ Prendre en considération les avis qui seront présentés à l'entreprise sur l'aptitude des salariés ainsi que sur l'hygiène et la salubrité du travail, et, d'une façon générale, observer les prescriptions légales et réglementaires concernant la Santé au Travail.

↳ Prévenir par écrit de tous changements survenus dans l'entreprise (changement d'adresse, cessation d'activité, plus de personnel, etc...)

## COORDONNEES DE L'ENTREPRISE

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail.....

N° de Siret :

Code APE :

Activité : .....

S'agit-il d'un établissement exclusivement saisonnier  OUI  NON

Coordonnées du cabinet comptable : .....

Activité :  Création  Reprise Raison sociale du Prédécesseur : .....

Divers : Si des liens existent avec une entreprise déjà adhérente, veuillez les préciser (*filiale, responsable commun*) : .....

## Adresse de facturation si différente

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail.....

## Effectif de l'entreprise (correspondant à la liste nominative jointe)

	Effectif salarié
Surveillance médicale simple :	.....
Surveillance médicale renforcée	.....
	-----

Droit d'entrée :	(A) x 7.62€ =	<input type="text"/>
+ forfait provisionnel	(A) x 44.00€	<input type="text"/>
	TVA 19.6%	<input type="text"/>

### Total des salariés (A)

(A) à reporter pour le calcul de la cotisation

### Règlement à joindre TTC

(une facture acquittée vous sera adressée)

Je soussigné .....

Agissant en qualité de .....

Déclare adhérer à la S.T.S.M. et respecter les engagements qui figurent page 1.

Fait le : ..... A : .....

Signature :

Cachet de l'entreprise

