

**SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL INTERPROFESSIONNEL**



## CONVENTION D'ADHESION

Siège Social : 5/7 Rue Delille - 06000 NICE

Tel : 04.93.62.74.62 - Fax : 04.93.62.74.69

Siret : 782 609 291 00037 - N° TVA intracommunautaire : FR18782609291

Site : <http://www.cmti06.org>

Mail : [contact@cmti06.com](mailto:contact@cmti06.com)

ADH. N°



**Réservé à la médecine du travail :**

**1ère adhésion**

**Autres** : - N° d'adhérent : .....

- Motif : .....

**Information complémentaire :** .....

.....  
.....

**Je soussigné(e) :** .....

**Nom de l'entreprise :** .....

**Raison Sociale et nature de l'activité :** .....

**Code NAF :** ..... (4 chiffres et 1 Lettre)

**SIRET :** \_\_\_\_ \_ / \_\_\_\_ \_ / \_\_\_\_ \_ / \_\_\_\_ \_ / \_\_\_\_ \_ /

**Demande à faire partie de l'Association « Santé et Travail 06 »,  
Centre de Médecine du Travail Interprofessionnel, 5 et 7 rue Delille,  
et souscris à la présente convention.**

**Adresse du siège Social**

.....  
.....  
.....

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

**Tel :** ..... **Fax :** .....

**Mail :** .....@.....

**Nom du Correspondant :** .....

**Adresse de facturation** (si différente du siège social)

.....  
.....  
.....

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

**Tel :** ..... **Fax :** .....

**Mail :** .....@.....

**Nom du Correspondant :** .....



**Adresse sur le département** (si différente du siège social)

.....  
.....  
.....

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

Tel : ..... Fax : .....

Mail : .....@.....

Nom du Correspondant : .....

**Adresse du service de Médecine du Travail du siège social**

.....  
.....  
.....

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

Tél : ..... Fax : .....

Mail : .....@.....

Nom du Médecin référent : .....

**Est-ce que la fiche d'entreprise a été établie par le Médecin référent ?**

- **oui**     - **non**

si la fiche d'entreprise a été établie merci de nous en joindre une copie.

Effectif numérique	Salariés soumis à Surveillance médicale simple	Salariés soumis à Surveillance médicale renforcée
TOTAL		



- La **cotisation annuelle 2017 par salarié** ayant été fixée à : **82,50 € H.T.**  
- majorée du **droit d'entrée par salarié** ayant été fixé à : **16,00 € H.T.**

- Nombre de salarié : ..... X 82,50 € H.T. = ..... €  
- Droit d'entrée : ..... X 16,00 € H.T. = ..... €  
Total H.T. = ..... €  
T.V.A 20,00% = ..... €  
**TOTAL T.T.C. = ..... €**

**CHOIX DU MODE DE PAIEMENT :**

Par chèque Bancaire à l'ordre de SANTE et TRAVAIL 06  
n° \_\_\_\_\_ sur \_\_\_\_\_

Par Espèces

Par Virement bancaire ( Merci d'indiquer comme référence votre raison sociale et n° de siret)

Domiciliation bancaire :  
SANTE ET TRAVAIL 06 : Société Générale (00950) - 8 avenue Jean Médecin—06007 NICE  
**IBAN** (International Bank Account Number)

FR76	3000	3009	4100	0372	7036	622
------	------	------	------	------	------	-----

**BIC** (Bank Identifier Code) : **SOGEFRPP**

L'employeur soussigné, déclare adhérer à l'Association « Santé et Travail 06 », Centre de Médecine du Travail Interprofessionnel et s'engage à respecter les obligations qui résultent tant, des statuts et du règlement intérieur de l'association, que des prescriptions et obligations légales et réglementaires auxquelles il doit se conformer compte tenu dans le code du travail en matière de Santé au Travail.

Rappel de l'article 11 alinéa 1 « Démission » du règlement intérieur: «Sauf dans les cas de cession, cessation ou de fusion, la démission doit être donnée au plus tard le 30 septembre de chaque année civile pour prendre effet le 31 décembre. »

**LE RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE**  
A.....,le .....  
Tampon et signature.

(Les deux exemplaires sont à nous retourner signés, un exemplaire vous sera renvoyé, validé par le Président et accompagné d'une facture acquittée.)

**LE PRESIDENT DE SANTE et TRAVAIL 06**  
A.....,le .....  
Tampon et signature.