

BULLETIN D'ADHESION**Saint-Martin et Saint-Barthélemy**

1- Engagement

Le Code du Travail prévoit que l'employeur prenne les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de son salarié. Pour répondre à cette obligation, il doit adhérer à Service de Prévention et de Santé au Travail. Cette adhésion doit intervenir dès l'embauche du premier salarié, quelle que soit la nature et la durée du contrat de 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 Service de Prévention et de Santé au Travail de la Guadeloupe, constituée conformément aux dispositions des décrets du 20 mars 1979, du 28 juillet 2004, du décret du 30 janvier 2012 et de la Loi n°2021-1018 du 02 Août 2021, pour l'organisation des services de prévention et de santé au travail.

Cette adhésion vaut acceptation sans réserves des statuts et du règlement intérieur du SPST 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 SPST (Anciennement 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 :

Activité de l'entreprise :

Contact et téléphone du cabinet comptable :

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

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

ADRESSE DE FACTURATION

*Adresse d'envoi et personne responsable
des liaisons comptables*

ORGANISATION DES VISITES ET DU SUIVI

Adresse d'envoi et personne responsable
des liaisons avec le secretariat médical du
SPST

Nom du Responsable :

.....

Ligne directe :

Mail :

Adresse postale:.....

.....

.....

Nom du Responsable :

.....

Ligne directe :

Mail :

Adresse postale:.....

.....

.....

Si vous êtes déjà adhérent au SPST (Anciennement CSTG) 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

.....

3- 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 handicap 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 FORFAITAIRE ANNUELLE

Elle s'élève à **122.00 € par salarié**

CALCUL DE VOTRE ADHESION

Droits d'entrée = €

Cotisation de 122.00 x = €

TOTAL A REGLER = €

CHOIX DU MODE DE REGLEMENT (Cocher la case correspondante)

VIREMENT

IBAN : **FR76 1010 7004 7300 5106 1119 656**

BIC : **BREDFRPPXXX**

CHEQUE BANCAIRE

(à joindre à votre dossier)

Ordre à indiquer : **CSTG**

 **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 :

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

Merci de nous adresser votre dossier par courrier à l'adresse postale du siège de Guadeloupe
Ou par mail, à l'adresse i.sylves@cstg.org

NOTRE SITE INTERNET : www.cstg.org