



# **CONTRAT D'ADHESION A L'OFFRE DE SERVICE**

**Association Cantalienne Interprofessionnelle  
pour la Santé en Milieu de Travail.**

Afin de préserver au mieux la santé de vos salariés, notre rôle s'articule autour de 4 missions principales :



Ce dont nous avons besoin pour valider votre adhésion

LE CONTRAT D'ADHESION

LE BORDEREAU DE COTISATION

LA LISTE DES SALARIES

LE REGLEMENT : CHEQUE OU ORDRE DE VIREMENT

A retourner par mail à [a.lacipiere@acismt15.fr](mailto:a.lacipiere@acismt15.fr) ou par courrier à l'adresse ci-dessous :

**ACISMT 15**  
98 RUE LEON BLUM  
15000 AURILLAC

**Création d'entreprise**

**Reprise d'une entreprise :**

Si oui code adhérent :

Nom de l'ancienne entreprise :

Si vous êtes déjà adhérent pour un autre établissement : numéro d'adhérent (à défaut, nom de l'entreprise) :

Souhaitez vous que cette nouvelle entreprise soit une succursale de l'entreprise déjà adhérente ?      OUI      NON

**Coordonnées principales**

Raison sociale :

Enseigne commerciale :

Adresse :

Code Postal et Ville :

Personne contact :

Email :

Numéro de téléphone :

SIRET :

NAF / APE :

**Adhèrent simple**

**Agence de travail  
temporaire ou d'insertion**

**Particulier employeur**

**Travailleur indépendant  
(offre spécifique)**

**Coordonnées de convocation (si différentes)**

Adresse :

Code Postal et Ville :

Personne contact :

Email :

Numéro de téléphone :

**Coordonnées de facturation (si différentes)**

Adresse :

Code Postal et Ville :

Personne contact :

Email :

Numéro de téléphone :

**Interlocuteurs**

Prénom Nom	Fonction	Téléphone	Email

### Convocations

Les convocations seront envoyées à l'adresse email stipulée dans l'onglet *Coordonnées de convocation*.  
Si vous souhaitez qu'une copie des convocations soit envoyée à un second interlocuteur merci de préciser l'adresse email:

Les demandes de rendez-vous doivent se faire via le portail adhérents (ouverture en octobre 2023).

### Prévention

Existe-t-il un Comité Social et Economique ?      OUI      NON

Existe-t-il un Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (obligation réglementaire) ?

Si oui , date de dernière mise à jour :

**Merci de nous transmettre ce document avec le dossier d'adhésion, il nous permettra de mieux connaître les risques liés à votre établissement et d'adapter nos interventions.**

### Signature

A

Le

**Je soussigné(e)**

**Responsable de l'entreprise :**

*Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document, souhaite adhérer à l'ACISMT 15 et accepte ses statuts, son règlement intérieur et son offre socle (ou spécifique si travailleur indépendant afin de bénéficier des prestations individualisées et collectives en santé au travail.*

*Je m'engage, en signant le présent contrat, à respecter les obligations qui en résultent (cf. statuts et règlement intérieur)*

Cachet de l'entreprise

**Calcul de votre cotisation annuelle (par année civile)**

**Nombre de salariés :**

Cotisation :	Nombre de salariés	x85€* =	€
Droit d'adhésion :	Nombre de salariés	x 5€ =	€
Total HT :		.....	€
TVA (20%) :		.....	€
Total TTC à régler :		.....	€

\*Le montant de la cotisation HT est déterminé chaque année par le conseil d'administration suivant les coûts de fonctionnement et validé en Assemblée Générale.

**Règlement**

Par chèque :

A l'ordre de ACISMT 15

**ACISMT  
98 RUE LEON BLUM  
15000 AURILLAC**

Par virement :

**Libellé obligatoire**  
ADHESION + NOM DE  
L'ENTREPRISE

Références bancaires :  
IBAN : FR76 1680 7003 3202  
0195 3358 326  
BIC : CCBPFRPPGRE

**Signature**

A  
Le  
Responsable de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

