DEMANDE D'AFFILIATION INDÉPENDANT

SANTÉ AU TRAVAIL PROVENCE

Service Relation Adhérents
04.86.67.74.90

Éléments à joindre au dossier:



Un **extrait Kbis** de moins de 3 mois ou **avis de situation sirène**.



Règlement des **frais d'offre spécifique de 240€ T.T.C** par virement.
(joindre l'avis bancaire)

CONSULTER LE RIB

Les étapes d'affiliation :



Envoi du dossier complet* par mail à **adhesion@stprovence.fr**.



Validation de votre demande. **Confirmation par mail avec code d'accès au portail** en ligne et **coordonnés de l'équipe medicale**.



Déclaration de votre profil à réaliser sur votre portail en ligne et **planification de rendez-vous**.

* Tout dossier incomplet sera intégralement retourné.

ST-Provence - Siège social
450 rue Albert Einstein - Pôle d'Activités des Milles - CS 20360
13799 Aix-en-Provence Cedex 3

Tél. **0 806 805 400**
Association loi 1901 - N°1589 du 27 mai 1948
Siret 782 686 042 00030 - NAF 8621 Z

AMEXIST
présanse PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR-CORSE
Démarche de progrès en santé au travail

SANTÉ AU TRAVAIL PROVENCE

Contrat d'affiliation
Indépendant

Motif de la demande* :

☐ 1ère demande d'affiliation
☐ Réinscription du numéro : .....)

Cadre réservé à ST Provence

N°Dossier :

Date de réception :

Docteur :

Centre :

Vos informations immatriculation :

Siret * : ..... Code NAF * : .....

Nom / Prénom * : .....

Raison Sociale * : .....

Adresse * : .....

Code postal * : ..... Ville * : .....

N° Téléphone *: ..... E-mail * : .....

Coordonnées de facturation (si différentes) :

Nom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

Cabinet Comptable :

Nom : ..... Code CAB : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

Responsable des prises de rdv et convocations (si différent) :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

Vous concernant *:

Nom, Prénom : .....

Intitulé de poste : .....

Date de début d'activité : ..... Risque(s) à déclarer :

.....

.....

Les cotisations au ST Provence

Le STProvence applique un mode de cotisation dit « Per Capita » conformément à l'article L.4622-6 du Code du Travail, renforcée par une circulaire de la Direction Générale du Travail et confortée par la décision du Conseil d'État de juin 2014.
Cette cotisation pour **les indépendant a été définie à 200,00€ H.T.** payable à l'affiliation sans tacite reconduction (puis 125,00€ H.T. pour chaque année reconduite à la demande et à date d'anniversaire).
Les tarifs sont susceptibles d'être réévalués par le Conseil d'Administration au 01 janvier de chaque année.

Découvrez l'offre spécifique

Je soussigné(e) * : ..... **agissant en qualité de *** : .....
déclare avoir le pouvoir en **cochant cette case*** ☐ **de faire adhérer sans restriction l'entreprise susnommée aux** Statuts et Règlement Intérieur du Service de ST Provence (consultables sur notre site : www.stprovence.fr rubrique « adhérer» ou cliquez ici) et m'engage, conformément à l'article D4622-22 du code du travail, à donner tous les renseignements nécessaires au Service de Prévention et de Santé au Travail.

Cadre réservé à ST Provence

Pour le Président,
Le Directeur Général

A* ..... le* .....

Signature et Cachet de l'entreprise * :
(Signature électronique : Téléchargez le document et cliquez sur l'encadré)

Vos données personnelles collectées dans le cadre de votre affiliation sont traitées dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et l'exercice de vos droits, vous pouvez **consulter notre politique de confidentialité.**