

1 Dépendez-vous de notre Service ?

- ✓ Vous ne relevez ni du BTP, ni du Régime Agricole,
- ✓ Votre établissement se situe sur notre zone de compétence géographique ([cliquez ici pour consulter la liste de nos communes](#))

Complétez votre dossier

2

Il s'agit d'un formulaire, enregistrez le fichier et **complétez directement le PDF** en prenant soin de **remplir tous les champs obligatoires** signalés par un astérisque* et imprimer le document.

* : les champs obligatoires non-remplis valent un dossier incomplet qui sera intégralement retourné

3 Joindre les éléments suivants :

- ✓ Règlement des **frais d'adhésion de 90.00€ TTC** par chèque ou avis de virement (**CREDIT MUTUEL - IBAN : FR76 1027 8079 6300 0306 3994 608 - BIC : CMCIFR2A**)
- ✓ D'un **avis de situation SIRENE** (<https://avis-situation-sirene.insee.fr>) ou **extrait Kbis de - 3 mois**

Envoyez votre dossier complet par courrier

4

A l'adresse suivante :
ST Provence, 450 rue Albert Einstein, cs 20360, 13799 Aix en Provence Cx 03.

Enregistrement de votre demande

5

Notre service enregistre votre demande sous 48h et vous recevrez par mail :

- ✓ Votre **attestation d'adhésion** avec les coordonnées de l'équipe médicale en charge de votre entreprise
- ✓ Vos **codes d'accès à votre espace adhérent** vous permettant de **déclarer vos salariés**, consulter vos rendez-vous médicaux et télécharger vos factures.

Déclarez vos salariés sur votre Espace Adhérent

6

A la réception des codes d'accès, **déclarez vos salariés sur votre espace adhérent** en ligne afin d'assurer leur suivi médical.



Tout dossier incomplet* ne pourra être traité et vous sera intégralement retourné.

Selon les articles L.4622-1 et L.4622-6, du Code du travail, l'employeur a la responsabilité et l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail et d'en supporter le coût. Pour cela, l'employeur a la possibilité de créer un service interne à son entreprise [+500 salariés] ou d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises.

Cadre réservé à ST Provence

N° Adhérent :

Date de réception :

Motif de la demande* :

Nouvelle adhésion

Réinscription ou Mise à jour (n° Adhérent :)

* : champ obligatoire

L'entreprise concernée par l'adhésion (sur notre zone de compétence géographique) :

Forme Juridique * : N°RNA (pour les Associations) : W.....

Raison Sociale * : Enseigne commerciale :

N° Siret * : Code NAF* :

Adresse * :

Code postal * : Ville * :

N° Téléphone * : Courriel administratif* :@.....

Cabinet comptable : Code cabinet comptable :

Adresse : CP : Ville :

N° Téléphone : Courriel :@.....

Adresse de facturation (ou Mandataire : joindre mandat) si différente :

Raison Sociale * :

Adresse * :

Code postal * : Ville * :

N° Téléphone * : Courriel de facturation * :@.....

Je souhaite adhérer au prélèvement automatique des cotisations :

IBAN :

BIC :

Ce mode de paiement est facultatif. Cochez la case et remplissez les champs IBAN et BIC si vous souhaitez y adhérer. Un mandat comprenant votre code RUM vous sera envoyé pour valider ce mode de paiement.

Observations du Chef d'Entreprise :

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 « comment 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 Santé au Travail.

A* le*

Signature et Cachet de l'entreprise * :

(Signature électronique : Téléchargez le document et cliquez sur l'encadré)

Joindre impérativement:

- Un avis de situation SIRENE ou extrait Kbis de -3 mois
- Le règlement des frais d'adhésion de 90.00€ TTC

RGPD

NOS TARIFS

Les cotisations assurent les charges de fonctionnement du service de santé. Toutes les prestations, autour des missions du Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI), sont couvertes par la seule cotisation, sans autre facturation: [cliquez ici pour consulter notre offre de service](#). Conformément à la réglementation, ces charges sont supportées par les entreprises adhérentes. **Le montant et les modalités de cotisation sont fixés par le Conseil d'Administration et sont susceptibles d'être réévalués au 01 janvier de chaque année.**

Comment facturons-nous les cotisations ?

Toute facture est exigible à 30 jours



Déclaration annuelle des effectifs

Du **1^{er} au 15 janvier**, l'employeur doit **déclarer, sur son espace adhérent, ses salariés / travailleurs** pour l'année considérée.

La facturation Per Capita⁽¹⁾ (facturation unique par salarié/travailleur et par année civile) est alors émise sur la **base de l'effectif déclaré ou, à défaut de déclaration, l'effectif connu** par ST Provence (facture à 1 échéance pour les -15 salariés/travailleurs et 4 échéances pour les +15 salariés/travailleurs).

⁽¹⁾ Conformément à l'art. 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.

Nouveaux salariés/travailleur en cours d'année ?

L'Adhérent met à jour **sa liste du personnel sur l'espace adhérent**

Ces nouveaux salariés/travailleurs sont alors **facturés à trimestre échu** sur la base de la **cotisation annuelle Per Capita**.



Tarifs de facturation

Salarié/travailleur⁽²⁾
(CDI, CDD, Contrat pro...)

Cotisation annuelle par salarié/travailleur :
125.00€ H.T.

Absence non-excusee 48h avant :
35.00€ H.T.

Salarié/travailleur INB⁽³⁾ exposé A ou B :
Cotisation + 185.00€ H.T./visite



⁽²⁾Excepté convention tarifaire spécifique
⁽³⁾INB : Installation Nucléaire de Base

Intérimaires

Intérimaire non-exposé
Convocation (présence ou absence) :
125.00€ H.T.

Intérimaire INB⁽³⁾ exposé A ou B
Visite : **242.00€ H.T.**
Absence non-excusee 48h avant :
125.00€ H.T.

Saisonniers

Cotisation annuelle par saisonnier :
88.00€ H.T.

sous réserve de validation de l'Assemblée Générale

A* :, le*

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

*Champs obligatoires

Cadre réservé à ST Provence

Docteur : Centre :

Adhérent n° Raison Sociale :

Nouvel Adhérent Réinscription ou MAJ du Commentaire(s) PILOTE

Questionnaire relatif au suivi du personnel

Une adhésion tardive à notre SPSTI ne garantira pas une visite dans les délais réglementaires.

INFO OBLIGATOIRE**Nombre de salariés* :**

..... concerné(s) par
cette demande d'adhésion.



La liste du personnel sera à saisir sur votre Espace Adhérent en ligne, onglet "Vos salariés", à réception de vos codes d'accès. Ils vous seront communiqués par courriel à l'enregistrement de votre dossier.

Responsable du site* :

Nom, Prénom :

Courriel :

Téléphone :

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

Nom, Prénom :

Courriel :

Téléphone :

Contact RH du siège social* :

Nom, Prénom :

Courriel :

Téléphone :

Réfèrent Santé Sécurité (L4644-1) :

Nom, Prénom :

Courriel :

Téléphone :

Existe-t-il* :

Une **Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT)**** (art. L.2315-36 Code du Travail) ?

Oui Non

Disposez-vous* :

	Joint(e)	Non joint(e)	
- Du document unique (DUERP)** ? (art. 3 de la loi n°2021-1018 du 2 août 2021)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, à joindre obligatoirement et date de mise à jour* :
- Des fiches de Données Sécurité** des produits chimiques utilisés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- La fiche d'entreprise**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observations du Chef d'Entreprise :

.....

.....

.....

En signant le présent document j'atteste sur l'honneur que les informations communiquées sont exactes et que le lieu de travail fixe dépend de la zone de compétence géographique du ST Provence.

Signature et Cachet de l'entreprise* :

(E-signature: Téléchargez le document et cliquez sur l'encadré)

A* : le* :

*champ obligatoire

**cf. [glossaire](#)
RGPD

www.stprovence.fr    