

## Adhésion pour Salarié(s) Eloigné(s)

### 1 Dépendez-vous de notre Service ?

- ✓ Vous ne relevez ni du BTP, ni du Régime Agricole,
- ✓ Vos salariés éloignés travaillent sur notre zone de compétence géographique. (*cliquez ici pour consulter la liste de nos communes*)
- ✓ Votre demande d'adhésion concerne une visite initiale ou périodique\*\*.

\*\* : La visite de reprise doit être effectuée en priorité par le Service de Prévention et de Santé au Travail ayant assuré le suivi du salarié dans le cadre de sa VIPI et/ou VIPP.

### 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**,
- ✓ **Documents demandés en page 4 du présent dossier.**

### 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 :**

**\* : champ obligatoire**

**Motif de la demande\* :**

Nouvelle adhésion  
Réinscription ou Mise à jour (n° Adhérent : .....

**L'entreprise concernée par l'adhésion :**

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](http://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**

[www.stprovence.fr](http://www.stprovence.fr)    

**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<sup>er</sup> au 15 janvier**, l'employeur doit **déclarer, sur son espace adhérent, ses salariés / travailleurs** pour l'année considérée.

**La facturation Per Capita<sup>(1)</sup>** (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).

<sup>(1)</sup> 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<sup>(2)</sup>**  
(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<sup>(3)</sup> exposé A ou B :  
**Cotisation + 185.00€ H.T./visite**



<sup>(2)</sup>Excepté convention tarifaire spécifique  
<sup>(3)</sup>INB : Installation Nucléaire de Base

**Intérimaires**

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

**Intérimaire INB<sup>(3)</sup> 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 \*** :  
(E-signature: Téléchargez le document et cliquez sur l'encadré)

\*Champs obligatoires

Docteur :  Centre :

Adhérent n°  Raison Sociale :

Nouvel Adhérent  Réinscription ou MAJ du   Commentaire(s) PILOTE

**Questionnaire relatif au suivi du personnel éloigné travaillant sur notre zone de compétence géographique**

La visite de reprise doit être effectuée en priorité par le Service de Prévention et de Santé au Travail ayant assuré le suivi du salarié dans le cadre de sa VIPI et/ou VIP. Une adhésion tardive à notre SPSTI ne garantira pas une visite dans les délais réglementaires.

**Responsable du site \*:**

Nom, Prénom : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

**Coordonnées du Médecin du Travail du siège social \*:**

SPSTI\*\* : .....

Docteur: .....

Téléphone : .....

**Contact RH du siège social \*:**

Nom, Prénom : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

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

Nom, Prénom : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

**Référent Santé Sécurité (L4644-1) :**

Nom, Prénom : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

**Raison sociale et adresse complète du lieu de travail fixe \*:**

.....  
 .....

A défaut, la commune de résidence du (des) salarié(s) sera prise en compte dans l'affectation du centre de visite médicale.

	Nom *	Prénom *	Type contrat*	Poste de travail *	Date * d'embauche	Date de fin de contrat (si CDD)	Commune de résidence*	CP de résidence*
1								
2								
3								
4								
5								

Plus de 5 salariés éloignés ? Veuillez joindre un tableau complémentaire avec les mêmes éléments, daté, signé et tamponné.

**Existe-t-il\* :**

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

Oui  Non

**Documents à joindre\* :**

- |   |                          |                             |                                    |
|---|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
|   | Joint(e)                 | Non joint(e) <sup>(1)</sup> |                                    |
| - Du <b>document unique (DUERP)**</b> ? (art. 3 de la loi n°2021-1018 du 2 août 2021) .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <b>Mise à jour le*:</b> .....      |
| - Des <b>fiches de Données Sécurité</b> **des produits chimiques utilisés ? .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <b>(à joindre obligatoirement)</b> |
| - <b>La fiche d'entreprise du siège social</b> (art. r4624-46 du Code du Travail) établie par le SPSTI principal .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |                                    |
| - <b>Le PV du CSE**</b> sur le choix du SPSTI de proximité pour le suivi des salariés éloignés .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |                                    |

Si non, j'atteste que :  L'entreprise n'a pas de CSE (moins de 11 salariés ETP)  
 Le CSE sera consulté sur ce choix lors de la prochain réunion du CSE

<sup>(1)</sup> Je m'engage à transmettre les documents (fiche entreprise et/ou compte rendu de CSE) au ST Provence dans un délai de 6 mois.

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 RQPD](#)