

CADRE RÉSERVÉ À OSTR

N° adhérent :

Médecin :

Je soussigné(e) :
(Nom et qualité du signataire)

Fonction :

Agissant au nom de :
(raison sociale de l'établissement)

Adresse du siège :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Portable :

Fax :

E-mail :

- Déclare vouloir adhérer à OSTR et être rattaché au centre le plus proche de mon établissement.
- M'engage, après en avoir pris connaissance, à respecter les dispositions de nos statuts et règlement intérieur en vigueur, consultables sur le site Internet d'OSTR.
- M'engage à déclarer et mettre à jour, par le biais du portail adhérents mis à ma disposition, la liste des salariés entrants et sortants de mon entreprise, et ce au fur et à mesure des mouvements de personnels.

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

CACHET DE L'ENTREPRISE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

Origine de la demande d'adhésion

Création d'entreprise ou 1^{ère} embauche

Changement de Service de santé au travail (préciser le motif) :

‣ Nom du service précédent :

‣ Nom du médecin du travail précédent :

Autre :

1. Informations concernant l'établissement à suivre

Cocher cette case si plusieurs établissements ☐

Numéros d'adhérents déjà existants :

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax :

E-mail :

Forme juridique :

Date de création :

Code SIRET :

Code NAF :

Numéro de TVA (*joindre extrait Kbis*) :

Activité principale :

Branche professionnelle :

Adresse de facturation si différente de l'établissement :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél. :

E-mail :

Utilisateur(s) Espace Adhérent :

Utilisateur entreprise ☐ OUI ☐ NON

Cabinet comptable ☐ OUI ☐ NON

Nom :

Prénom :

Fonction :

E-mail :

Si la société est gérée par un cabinet comptable ou si vous êtes un cabinet comptable, il faut nous retourner le formulaire d'autorisation d'accès au portail adhérent OSTRA complété et signé (Annexe n°1).

2. Correspondants dans l'entreprise

	Responsable de l'entreprise	DRH/RH	Responsable facturation/comptabilité
■ Nom	M ^e M.	M ^e M.	M ^e M.
■ Prénom			
■ Fonction			
■ Tél.			
■ Portable			
■ Fax			
■ E-mail			
■ Souhaite m'inscrire à :	☐ newsletter ☐ enquête de satisfaction	☐ newsletter ☐ enquête de satisfaction	☐ newsletter ☐ enquête de satisfaction

	Responsable organisation santé/travail ou Salarié désigné ⁽¹⁾	Responsable convocations	Infirmier(ère)
■ Nom	M ^e M.	M ^e M.	M ^e M.
■ Prénom			
■ Fonction			
■ Tél.			
■ Portable			
■ Fax			
■ E-mail			
■ Souhaite m'inscrire à :	☐ newsletter ☐ enquête de satisfaction	☐ newsletter ☐ enquête de satisfaction	☐ newsletter ☐ enquête de satisfaction

(1) Salarié désigné en santé et sécurité au travail dans l'entreprise : En vertu de l'article L. 4644-1 du code du travail, "l'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels". Il peut s'agir soit d'une personne déjà présente dans l'entreprise, exerçant le cas échéant déjà cette mission, soit d'une personne recrutée à cette fin. La circulaire précise que cette obligation "concerne toutes les entreprises, quelle que soit leur taille et les modalités retenues par l'employeur pour assurer le suivi de la santé de ses salariés".

Les données collectées dans ce formulaire sont destinées à la gestion administrative liée à votre adhésion.

Nous pouvons être amenés à vous envoyer des messages d'information relatifs à votre adhésion ainsi que des messages de prévention en santé au travail.

Pour plus d'informations, consultez notre politique de confidentialité sur notre site internet www.objectifsantetravail.fr.

3. Instances représentatives de l'entreprise, ressources internes

Comité Social et Économique (C.S.E) ☐ OUI ☐ NON

Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail (C.S.S.C.T) ☐ OUI ☐ NON

Salarié désigné ☐ OUI ☐ NON

Secouriste(s) du travail ☐ OUI ☐ NON

Equipe secours/incendie ☐ OUI ☐ NON

Assistante sociale ☐ OUI ☐ NON

4. Informations santé travail

Document Unique d'évaluation des risques professionnel ☐ OUI ☐ NON **SI OUI, COPIE À NOUS TRANSMETTRE**

Fiche d'entreprise (moins de 4 ans) ☐ OUI ☐ NON **SI OUI, COPIE À NOUS TRANSMETTRE**

(Si vous n'êtes pas en mesure de fournir la Fiche d'Entreprise, merci de bien vouloir nous retourner par mail l'attestation sur l'honneur ci-jointe, cf. annexe 2).

- Entreprise :
- Date :

PARTIE RÉSERVÉE
À OSTRA

N° adhérent :

Nom du Médecin :

Tous les champs doivent être impérativement renseignés

Mme M.	Nom de naissance	Nom d'épouse	Prénom	Date de naissance --/--/----	N° de Sécurité sociale	Date d'embauche --/--/----	Type de contrat	Code PCS-ESE	Intitulé du poste	Catégorie SIR Oui/Non	Motif SIR (risques) Voir dépliant Suivi de Santé	Date dernière aptitude --/--/----	Lieu de travail du salarié (CP et Ville)

OFFRE SOCLE

OSTRA est une **Association Loi 1901 à but non lucratif** financée exclusivement par les cotisations des employeurs adhérents.

Notre forfait prévention comprend, en fonction de l'évaluation des risques dans votre entreprise, des conseils pour la prévention des risques professionnels et l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail, un suivi de santé adapté.

■ Cotisation Per capita :

• Forfait par salarié présent au 1 ^{er} janvier	115,50 € par salarié 82 € par apprenti
• Droit d'entrée par salarié présent au moment de l'adhésion (uniquement la 1^{ère} année)	18 € par salarié
• Forfait par nouveau salarié déclaré en cours d'année	115,50 € par salarié 82 € par apprenti <i>Payable à chaque fin de mois à réception de la facture</i>

■ Forfait prévention pour les cas particuliers (intérimaires, suivi de santé en entreprise) :

Nous contacter

■ Pénalité pour absentéisme (rendez-vous non honoré, non excusé) :

En cas d'indisponibilité exceptionnelle du salarié pour les jours et heures fixés dans la convention, l'employeur doit en aviser OSTRA par tout moyen, 48 heures à l'avance.

*En cas de non respect des rendez-vous sans délai de prévenance de 48 heures, une pénalité fixée par le Conseil d'Administration est appliquée à l'encontre de l'adhérent. **Plus que l'absence, c'est le non-remplacement au profit d'un autre salarié qui est préjudiciable.***

• Tarif	90 € par absence <i>Payable à chaque fin de mois à réception de la facture</i>
---------	--

OFFRE COMPLÉMENTAIRE

Toute demande de l'entreprise pour une offre complémentaire fera l'objet d'un devis séparé (cf : catalogue OSTRA)

OSTRA
3-4 allée de Pomone • 78100 Saint-Germain-en-Laye
Tél. : 01 39 04 27 37 • Fax : 01 39 04 27 38
N° TVA : FR717 850 87594

Raison sociale :

N° adhérent :

Adresse de
facturation :

Code postal :

Ville :

CALCUL DE LA COTISATION

A. Cotisation salariés

Nombre de salariés présents au moment de l'adhésion, hors apprenti(s)

X 115,50 € = € HT (A)

B. Cotisation apprentis

X 82 € = € HT (B)

C. Droit d'entrée (uniquement la 1^{ère} année)

par salarié présent au moment de l'adhésion, hors apprenti(s)

X 18 € = € HT (C)

Total HT (A+B+C)	€
TVA 20 %	€
Total TTC	€

Ce document doit être intégralement renseigné et accompagné de son règlement par :

- Chèque : à l'ordre d'OSTRA
- Virement : SG MANTES POISSY ENTR (00474) / IBAN FR76 3000 3012 3000 0200 2004 075 - BIC : SOGEFRPP

(indiquez au niveau du libellé votre raison sociale et la mention "Adhésion" / joindre l'avis de virement)

Date :

Signature et cachet de l'établissement :

AUTORISATION D'ACCÈS AU PORTAIL ADHERENT OSTRA

Si l'utilisation de votre portail Adhérent est sous-traité à un tiers extérieur (ex. cabinet comptable), nous vous remercions de bien vouloir compléter et signer la présente autorisation d'accès au portail adhérent d'OSTRA.

Nous soussignés,

Raison sociale :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Adresse e-mail :

SIRET :

N° d'adhérent :

Représentée par :

En qualité de :

Autorisons,

Raison sociale :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Adresse e-mail :

SIRET :

N° d'adhérent :

Représentée par :

Agissant en qualité de :

à accéder et à gérer l'Espace Adhérent mis en ligne sur le site www.objectifsantetravail.fr.

Fait à
Le

Signature et cachet
Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

ATTESTATION EN CAS D'ABSENCE DE FICHE D'ENTREPRISE (FE)**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) :

exerçant en qualité de :

pour le compte de la société :

atteste de ne pas être en mesure de fournir à OSTRA une fiche d'entreprise.

Fait à

le

Nom, Prénom :

Fonction :

Signature :