

CADRE RÉSERVÉ À OSTRA

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 OSTRA 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'OSTRA.
- 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 :	<input type="checkbox"/> newsletter <input type="checkbox"/> enquête de satisfaction	<input type="checkbox"/> newsletter <input type="checkbox"/> enquête de satisfaction	<input type="checkbox"/> newsletter <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> newsletter <input type="checkbox"/> enquête de satisfaction	<input type="checkbox"/> newsletter <input type="checkbox"/> enquête de satisfaction	<input type="checkbox"/> newsletter <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail (C.S.S.C.T)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Salarié désigné	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Secouriste(s) du travail	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Equipe secours/incendie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Assistante sociale	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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

A compléter... à renvoyer !

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 85 € 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 85 € 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-remplement au profit d'un autre salarié qui est préjudiciable.***

- Tarif

90 € par absence

Payable à chaque fin de mois à réception de la facture

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 85 € = € 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 :

A compléter... à renvoyer !

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.objectifsantetavail.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 OSTRAL une fiche d'entreprise.

Fait à

le

Nom, Prénom :

Fonction :

Signature :