

ADHÉSION

LOCAL	NOM ENTREPRISE LOCALE	.....	VILLE	.....
	ADRESSE DU SITE	.....	CODE APE	.....
	CODE POSTAL	.....	TÉLÉPHONE	.....
	N° SIRET DU SITE	.....	
	ACTIVITÉ	.....	
	NOM/ PRÉNOM RESPONSABLE	.....	
	EMAIL	.....	

Si différent :

SIÈGE	NOM SIÈGE	.....	VILLE	.....
	ADRESSE DU SIÈGE	.....	CODE APE	.....
	CODE POSTAL	.....	TÉLÉPHONE	.....
	N° SIRET DU SIÈGE	.....	
	NOM/ PRÉNOM CORRESPONDANT(E)	.....	
	FONCTION	.....	
	EMAIL	.....	

Ces renseignements administratifs sont indispensables à la validation de votre adhésion.

FACTURE

A. PARTICIPATION EMPLOYEUR (Par salarié)

Entreprise

<input type="text"/>	X	<input type="text" value="101 €"/>	=	<input type="text" value="..... €"/>
				TOTAL (A)
				<input type="text" value="..... €"/>

B. DROITS D'ENTRÉE (Par salarié)

Entreprise nouvelle

Entreprise radiée pour « non-paiement » (Art. 7 des statuts)

<input type="text"/>	X	<input type="text" value="34 €"/>	=	<input type="text" value="..... €"/>
<input type="text"/>	X	<input type="text" value="70 €"/>	=	<input type="text" value="..... €"/>
				TOTAL (B)
				<input type="text" value="..... €"/>

C. COTISATION FIXE (Par établissement)

De 1 à 4 salariés	5 €
De 5 à 19 salariés	27 €
De 20 à 49 salariés	52 €
De 50 à 99 salariés	76 €
De 100 à 299 salariés	99 €
Plus de 300 salariés	147 €

TOTAL (C)

MONTANT HT (A + B + C)

TVA 20% Éventuellement déductible après paiement

MONTANT TTC

Nous déclarons adhérer à REIMS Santé au Travail et accepter les clauses de ses statuts et de son règlement intérieur dont nous avons pris connaissance sur le site Internet

Date

Signature

Cet imprimé tient lieu de facture

▶ Avez-vous déjà été adhérent auparavant au sein de notre service ?

OUI NON

Si oui, quel était votre n° d'adhérent :

▶ Avez-vous d'autres entreprises déjà adhérentes auprès de notre service ?

OUI NON

Si oui, quelles sont leurs raisons sociales et/ou n° d'adhérent ?

.....

▶ Avez-vous une autre entreprise à faire adhérer au sein de notre service ?

OUI NON

Si oui, quelle est sa raison sociale (Pour faire le lien) ?