Santé au Travail en Pays de Fougères

STPF

FORMULAIRE D'ADHÉSION

N° ADHÉRENT

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le plus tôt possible le présent FORMULAIRE D'ADHÉSION après avoir rempli les différentes rubriques et y avoir joint les documents demandés.

Je soussigné (e) NOM :..... Prénom .....

Agissant en qualité de :.....

Raison Sociale de l'Entreprise :.....

Adresse :.....

N° TÉLÉPHONE :..... FAX :..... E-mail : .....

Nom de la personne chargée des liaisons avec le Service Médical :.....

N° TÉLÉPHONE :..... FAX :..... E-mail : .....

Siège Social si différent de la raison sociale :.....

N° TÉLÉPHONE :..... FAX :..... E-mail : .....

Activité professionnelle de l'Entreprise :.....

Code NAF : |_|_|_|_| |_| N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

demande à adhérer au service de **S**anté au **T**ravail en **P**ays de **F**ougères et m'engage à en respecter les Statuts et le règlement intérieur dont j'ai pris connaissance.

En application de la règlementation en vigueur, je m'engage à faciliter le suivi médical de mon personnel.

Le Médecin du Travail aura librement accès aux locaux de l'Entreprise et aura connaissance, notamment, des produits utilisés afin de satisfaire aux obligations prévues par le Code du Travail.

Je m'engage à déclarer les effectifs nécessaires au calcul des cotisations dues et à informer le **S.T.P.F.**, sans retard, des modifications qui pourraient intervenir dans ma situation, notamment tout changement d'adresse, de raison ou de forme sociale, toute modification dans l'effectif déclaré, tout changement d'exploitant, cession ou cessation d'activité.

La présente adhésion est renouvelable par tacite reconduction d'année civile en année civile, sauf dénonciation.

La Direction de l'Association attire tout spécialement l'attention des employeurs sur les obligations imposées par le Code du Travail, dont l'inobservation engagerait leur responsabilité.

L'ADHÉSION NE PRENDRA EFFET QU'APRÈS NOTIFICATION EXPRESSE FAITE PAR LE S.T.P.F.

Fait à :
Le
Signature et Cachet de l'Entreprise

Nous soussignés **S.T.P.F.**
confirmons l'Adhésion de l'Entreprise indiquée ci-dessus au Service de Santé au Travail en Pays de Fougères.

Par Délégation,

STPF - Association Loi 1901

Artisa Imprim Fougères

15, avenue François Mitterrand - 35300 Fougères - Tél / Fax. 02 99 99 02 90 - Email : m.bodin@stpf-fougeres.fr - Siret 777 683 368 00065