FORMULAIRE D'ADHÉSION

N° ADHÉRENT

Service de Santé au Travail

ZAC St-Sulpice - 8, rue de Jouanet - 35700 RENNES
Tél. 02.99.27.23.40 - Télécopie 02.99.27.23.30
Site : www.aimt35.asso.fr
Email : Adhésions@aimt35.asso.fr

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce FORMULAIRE D'ADHÉSION après y avoir rempli les différentes rubriques et annexés les documents listés sur le courrier d'accompagnement.

❑ Cette adhésion concerne la reprise de l'adhérent n°.....

❑ Cette adhésion concerne l'entreprise créée le : _____/_____/_____

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

Agissant en qualité de (1) : .....

Raison Sociale de l'Entreprise (2) : .....

Adresse : .....

Adresse de facturation : .....
(Si différente de l'adresse ci-dessus)

N° TÉLÉPHONE ..... FAX ..... E-MAIL .....

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

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

Code NAF :|_|_|_|_|_| SIRET :|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TVA INTRACOMMUNAUTAIRE :|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

demande à adhérer à l'AIMT Service de Santé au Travail et m'engage à en respecter les Statuts et Règlement Intérieur dont j'ai pris connaissance.

En application de la règlementation en vigueur, je m'engage à faciliter le suivi Santé au Travail 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 l'A.I.M.T., 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 avec un préavis de six mois (soit avant le 1er Juillet de chaque année).

De convention expresse, les tribunaux dont dépend le Siège de l'A.I.M.T. seront seuls compétents en cas de litige.

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'initiative de demander un examen médical quelque soit le motif ne peut incomber qu'au Chef d'Entreprise ou à son Représentant.

L'ADHÉSION NE PRENDRA EFFET QU'APRÈS NOTIFICATION EXPRESSE FAITE PAR L'A.I.M.T.

Fait à :
Le
Signature et Cachet de l'Entreprise

Nous soussignés l'A.I.M.T.,
confirmons l'Adhésion de l'Entreprise indiquée ci-dessus à l'Association Interentreprises de Médecine du Travail d'Ille-et-Vilaine.

Par délégation, le Directeur

(1) Pour une Société ou autre Personne Morale : Mandataire (PDG, Gérant etc....) ou Responsable salarié ayant délégation.
Pour une Entreprise sous forme personnelle : Propriétaire ou Responsable accrédité ou Responsable salarié ayant délégation.

(2) Nom précis et officiel de votre Entreprise, tel qu'il figure au Registre du Commerce (ou des Métiers) ou dans vos statuts.

LIASSE COMPLÈTE A RETOURNER A L'A.I.M.T. AVEC DOCUMENTS ANNEXÉS ET RÈGLEMENT.

AIMT - Association Loi 1901 N° 1677 - Siret 777 742 990 000 65 - NAF 851 C - TVA Intracommunautaire N° FR 03777742 990 000 65