

Association Médicale Inter-Entreprises du Morbihan & Localités Limitrophes

1 chemin de Locmaria Pantarff - CS 45591 - 56855 CAUDAN Cedex

Tél : 02.97.64.25.79 - pole.adhesions@amiem.org

BULLETIN D'ADHESION 2023 - Salarié site éloigné

Cadre réservé à l'AMIEM

N° Adhérent	Date de retour	Date d'adhésion

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Raison sociale :

Forme juridique :

Nom commercial :

Activité :

Adresse du Siège Social	Adresse de facturation si différente de l'adresse du Siège	Adresse de convocation si différente de l'adresse du Siège
-------------------------	---	---

N° Siret :

Code NAF :

Téléphone :

Fax :

Portable :

e-mail :

CALCUL DU MONTANT A REGLER POUR VALIDER VOTRE ADHESION

Indiquez
le nombre de salariés

	Nbre de salariés	Montant HT par salarié	Montant
Droit d'entrée		X 20.00 €	
Cotisation		X 95.00 €	
Total HT			
TVA à 20 %			
Total TTC			

La facture acquittée, accompagnée de votre certificat d'affiliation, vous seront adressés par retour du courrier. **IMPORTANT : sans règlement, aucun rendez-vous ne vous sera proposé**

Je soussigné

représentant la Société

certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document et m'engage à respecter les obligations résultant du Règlement Adhérents et des Statuts de l'AMIEM, consultables sur le site www.amiem.fr ou adressés sur simple demande.

Fait à :

Le :

Nom et qualité du signataire :

Signature obligatoire (à faire précéder de la mention "lu et approuvé")

Cachet de l'Entreprise

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SALARIE N°1

Raison Sociale :

Salarié

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Sexe :

Homme

Femme

Adresse personnelle du salarié

Numéro et rue :

Complément adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Lieu de travail

Lieu de travail :

Demande de visite

Initiale

Périodique

Reprise

Autres

(Précisez le motif) :

Pour la nature de visite "Reprise", merci d'indiquer les dates d'arrêt de travail

Date de début d'arrêt de travail :

Date de fin d'arrêt de travail :

Pour la nature de visite "Initiale", merci d'indiquer la date d'affectation sur le poste

Date d'affectation sur le poste :

Libellé du poste :

Code CSP :

3 chiffres + 1 lettre

Type de contrat :

CDD



CDI

Motif de la surveillance

Date de la dernière visite :

Dans quel service
de Santé au Travail :

Commentaire :

N'oubliez pas de joindre à votre dossier la
dernière fiche d'aptitude

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SALARIE N°2

Raison Sociale :

Salarié

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Sexe :

Homme

Femme

Adresse personnelle du salarié

Numéro et rue :

Complément adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Lieu de travail

Lieu de travail :

Demande de visite

Initiale

Périodique

Reprise

Autres

(Précisez le motif) :

Pour la nature de visite "Reprise", merci d'indiquer les dates d'arrêt de travail

Date de début d'arrêt de travail :

Date de fin d'arrêt de travail :

Pour la nature de visite "Initiale", merci d'indiquer la date d'affectation sur le poste

Date d'affectation sur le poste :

Libellé du poste :

Code CSP :

3 chiffres + 1 lettre

Type de contrat :

CDD



CDI

Motif de la surveillance

Date de la dernière visite :

Dans quel service
de Santé au Travail :

Commentaire :

N'oubliez pas de joindre à votre dossier la
dernière fiche d'aptitude