

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

Contrat d'adhésion 2025 - Salarié site éloigné

Cadre réservé à l'AMIEM

N° Adhérent	Date de création	Date de retour	Date d'adhésion

Fiche de renseignements de l'entreprise

* *Champ obligatoire*

Raison sociale * :

Forme juridique * :

Nom commercial :

Activité * :

N° de SIRET * :

TVA Intra. :

Code NAF * :

Adresse du siège *	Adresse de convocation <i>si différente de l'adresse d'activité</i>	Adresse de facturation <i>si différente de l'adresse d'activité</i>
Contact * : Téléphone * : Portable * : E-mail * :	Contact : Téléphone : Portable : E-mail :	Contact : Téléphone : Portable : E-mail :

Calcul de la cotisation offre socle

Indiquez
le nombre de salariés *

	Nbre de salariés	Montant HT par salarié	Montant
Droit d'entrée		X 20.00 €	
Cotisation		X 99.00 €	
Total HT			
TVA à 20 %			
Total TTC			

Votre adhésion ne sera effective qu'après réception de votre dossier complet.
La facture acquittée, accompagnée de votre certificat d'affiliation, vous seront adressés par mail.

Je soussigné(e) *

représentant la société *

certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document. Reconnais avoir pris connaissance et accepte les dispositions statutaires ainsi que le règlement adhérents de l'AMIEM, exposant notamment l'offre socle proposée (www.amiem.fr).

Fait à * :

Le * :

Nom et qualité du signataire * :

Thomas LE NAI,
Directeur de l'AMIEM

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

Cachet de l'entreprise *



Fiche de renseignement salarié 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 renseignement salarié 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