

Service Inter-entreprises de Santé au Travail

Ce formulaire est à compléter par l'entreprise souhaitant adhérer aux services **ASSIST**. Il sera transmis à notre équipe médicale pour une première évaluation et une prise de contact en vue de l'analyse des postes de travail et de la mise en place du suivi médical de vos salariés.

1. Informations sur l'Entreprise

Information	À compléter
Raison Sociale	
Nom Commercial (si différent)	
Forme Juridique (SA, SARL, etc.)	
N° Registre de Commerce (RC)	
N° d'Identifiant Fiscal (IF)	
N° d'Identification (ICE)	
N° d'affiliation CNSS	
Secteur d'Activité (Ex: Industrie, BTP, Services, Commerce...)	
Adresse du Siège Social	
Adresse(s) complète(s) du/des lieu(x) de travail (si différente(s) du siège)	

2. Contact Principal pour la Santé au Travail

Personne référente que le médecin du travail contactera (Gérant, Responsable RH, etc.).

Information	À compléter
Nom et Prénom	
Fonction	
Téléphone (Ligne directe)	
Email	

3. Effectifs de l'Entreprise

L'effectif total détermine votre palier de cotisation.

Catégorie	Nombre
Effectif total (tous contrats)	
<i>Dont :</i>	
Salariés en CDI	
Salariés en CDD	
Intérimaires (en moyenne)	
Stagiaires / Apprentis	

4. Activité et Risques Professionnels

Ces informations sont essentielles pour le médecin du travail

Description de l'activité principale de l'entreprise :

(Veuillez décrire brièvement ce que fait votre entreprise (fabrication ou services rendus))

.....

.....

.....

.....

.....

5. Principaux postes de travail (ex: Secrétaire, Opérateur machine, Chauffeur, Commercial...):

1.
2.
3.
4.
5.

6. Cotisation Annuelle (Tarification TTC)

Sur la base de l'effectif total déclaré ci-dessus, veuillez cocher votre palier de cotisation :

- **Palier 1 : Inférieur ou égal à 25 salariés**
 - Cotisation annuelle : 4 500 DHS
- **Palier 2 : Plus de 25 salariés**
 - Cotisation annuelle : 4500 dhs (base 25 salariés)
+ complément annuel de 200 dhs pour chaque salarié supplémentaire

Toute prestation ou acte complémentaire (visite de reprise, prescriptions spécifiques, etc...) fera l'objet d'une estimation séparée. voir Annexe.

7. Engagement

Je soussigné(e), M./Mme, en qualité de
..... (Gérant, DRH, etc.),

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce formulaire, notamment l'effectif déclaré qui sert de base au calcul de la cotisation.
- M'engage à informer le Service de Santé au Travail de toute modification de situation (effectif, adresse, activité, risques...).
- M'engage à faciliter l'accès à nos locaux pour le médecin du travail et son équipe pour l'analyse des postes et des risques.
- Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur d'ASSIST et accepte sans réserve l'intégralité des termes.
- Reconnaît avoir lu et compris l'annexe explicative jointe au présent formulaire d'adhésion

8. Dossier administratif

La demande d'adhésion est considérée comme complète à réception du présent formulaire signé et cacheté par le représentant légal, accompagné du registre du commerce de l'entreprise (modèle J) de moins de 3 mois.

Le Bureau ASSIST peut être amené à solliciter d'autres documents complémentaires pour instruire la demande d'adhésion.

Fait à :

Le :/...../.....

(Cachet de l'entreprise et Signature du représentant légal)