



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Santé au Travail

235 rue des Sables de Sary – BP 81020 – 45774 SARAN Cedex

www.cihl45.com

Saran, 2021

BA/VM/JT -IM

TEL.: 02.38.71.89.01/09

BULLETIN ADHESION ENTREPRISE DU LOIRET

Monsieur, Madame,

Suite à votre demande, nous vous prions de bien vouloir trouver ci-après le dossier nécessaire à votre adhésion que vous voudrez bien nous retourner par courrier postal à Saran ou par mail à : cihl.adhesions@cihl45.com

<u>Documents à retourner impérativement</u>	<ul style="list-style-type: none">- Les 2 bulletins d'adhésion remplis et signés- La fiche de « FRAIS D'ADHESION » complétée- Votre RIB- Le mandat SEPA complété (BIC et IBAN) et signé
Documents à consulter sur notre site www.cihl45.com	<ul style="list-style-type: none">- Le règlement intérieur- Les statuts- La grille tarifaire- La notice de déclaration d'effectif

VOS COTISATIONS

Les périodicités de facturations et les taux de cotisations sont déterminés en fonction :

1. De vos effectifs salariés (l'effectif pris en compte correspond à l'effectif total de l'ensemble des établissements de l'entreprise sur le département du Loiret),
2. De votre masse salariale plafonnée (Salaires bruts ne dépassant pas le plafond de la sécurité sociale).

1 à 9 salariés	0,28% HT minimum 50,00 € HT/an/salarié	facturation semestrielle
10 à 24	0,34% HT minimum 60,00 € HT/an/salarié	facturation trimestrielle
25 à 199	0,34% HT minimum 60,00 € HT/an/salarié	facturation mensuelle
200 et +	0,39% HT minimum 60,00 € HT/an/salarié	facturation mensuelle

Vos bordereaux de cotisations seront disponibles sur votre espace adhérent dans la rubrique « bordereau de cotisation » sur notre site www.cihl45.com

*Après validation du bordereau par vos soins sur votre espace adhérent, vos règlements seront effectués **EXCLUSIVEMENT PAR PRELEVEMENTS.***

Un mail sera adressé à la date d'échéance, vous informant de la date de prélèvement.

ABSENCE	Non excusée 48 Heures à l'avance, fera l'objet d'une facturation complémentaire forfaitaire de 60.00 € HT par absence.
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	Frais de gestion : 2.00 € HT par examen complémentaire prescrit.

Ces taux sont révisables à tout moment sur décision du Conseil d'Administration.

Dès réception de votre dossier complet, nous vous retournerons un exemplaire du bulletin d'adhésion qui devra être conservé par vos soins, ainsi que vos identifiants et mot de passe pour vous connecter dans « votre espace adhérent » sur notre site www.cihl45.com

Restant à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'accepter, Monsieur, Madame, nos salutations distinguées.

Le service Adhésion
V. MARTINOT

Siège Social : Tél. 02.38.71.89.00 - E-mail : cihl.services@cihl45.com

Association Loi 1901 - SIRET : 775 508 146 00 120

Membre de l'A.P.S.T. (Association de Prévention et de Santé au Travail de la Région Centre)



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Santé au Travail

235 rue des Sables de Sary – BP 81020 – 45774 SARAN Cedex

www.cihl45.com

FRAIS D'ADHÉSION

Frais fixe d'ouverture de dossier d'adhésion :

		EFFECTIF	HT	TTC
FRAIS D'ADHÉSION	Frais fixe d'ouverture à régler à l'adhésion	de 1 à 9 salariés	60€	72€
		de 10 à 24	100€	120€
		de 25 à 199	200€	240€
		De 200 et +	200€	240€

Une fois votre adhésion validée, vous pourrez télécharger la facture acquittée de vos frais d'adhésion, dans la rubrique « **Votre compte** » de votre espace adhérent sur notre site : www.cihl45.com

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Vos frais d'adhésion seront prélevés à réception de votre dossier complété et signé.

Certifié exact, à.....le.....

Signature et Cachet

Mission de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat :

Code de suivi restitué par la banque :

Date :

COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Santé au Travail

235 rue des Sables de Sary – BP 81020 – 45774 SARAN Cedex

Tél. 02.38.71.89.00

www.cihl45.com

Débiteur

Nom ou société :

Votre adresse :

Votre compte : IBAN :
BIC :

Créancier

Nom du créancier : CIHL 45
Adresse : 235 RUE DES SABLES DE SARY
45770 SARAN

N° I.C.S. : FR23ZZZ490901

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Date : __ / __ / ____

Lieu : _____

Nom et fonction du signataire _____

Veillez signer et apposer votre cachet ici



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Santé au Travail

235 rue des Sables de Sary – BP 81020 – 45774 SARAN Cedex

www.cihl45.com

BULLETIN D'ADHÉSION

Nous retourner 2 exemplaires dûment remplis recto verso et signés

Je soussigné (*) ayant qualité de

Renseignements concernant l'établissement situé dans le Loiret :

E T A B L I S S E M E N T	RAISON SOCIALE	<input type="text"/>		
	ENSEIGNE <i>(Si différente raison sociale)</i>	<input type="text"/>		
	Adresse	<input type="text"/>		
	Code Postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
	N°SIRET	<input type="text"/>		APE <input type="text"/>
	Tél :	<input type="text"/>		
	Nom du responsable <i>(Gérant, Président...)</i>	.....	Activité de l'établissement	.....
Mail du responsable	<input type="text"/>			

F A C T U R A T I O N	Nom de la personne chargée de la facturation	.....								
	Tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	Adresse	.....								
	Code Postal	.....		Ville	.....					
	Mail pour l'envoi des bordereaux de cotisations (**)@.....									

C O N V O C A T I O N	Nom de la personne chargée des convocations	.....								
	Tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	Adresse	.....								
	Code Postal	.....		Ville	.....					
	Mail du responsable convocation (**)@.....									
	Jour contre indiqué	<input type="checkbox"/> LUNDI		<input type="checkbox"/> MARDI		<input type="checkbox"/> MERCREDI		<input type="checkbox"/> JEUDI		<input type="checkbox"/> VENDREDI	
Autres contraintes de convocation	.....									

(*) Indiquer le nom du directeur, gérant, responsable de l'entreprise. (**) obligatoire

EFFECTIF TOTAL : Déclarer le(s) (salarié(s) de l'établissement pour les entreprises du Loiret ou le(s) salarié(s) exerçant leur activité professionnelle dans le Loiret pour les entreprises Hors département.	<input type="text"/>
---	----------------------

(Tourner SVP) →

Après avoir pris connaissance des Statuts du Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret, déclare donner mon adhésion à l'organisme précité et prendre l'engagement :

- de respecter les dispositions des Statuts et du Règlement Intérieur ;
- de verser, à réception du relevé, le droit d'entrée et la cotisation fixés par le Conseil d'Administration du Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret dans les conditions et selon les modalités arrêtées par ledit Conseil ;
- d'acquitter le montant de la cotisation prévue pour tout salarié dont l'absence n'aurait pas été justifiée au C.I.H.L. au moins 48 heures à l'avance ;
- de rembourser au C.I.H.L. les frais des examens complémentaires prescrits par le Médecin du Travail lors de la visite d'embauchage ou lors de la visite périodique selon l'Article 17 du Règlement Intérieur du C.I.H.L.;
- de prendre à ma charge les frais des analyses, de prélèvements des poussières, de vapeurs dangereuses et des produits nocifs, dans un Laboratoire choisi par le Médecin du Travail (Art. R.4624-7 du Code du Travail) ;
- de transmettre au personnel salarié les convocations aux examens et de lui faciliter l'accès aux dits examens, de fournir périodiquement au C.I.H.L. un état numérique et nominal des salariés, de signaler les embauches et les sorties ainsi que les reprises du travail après absence pour maladie ou accident ;
- de prendre à l'égard des salariés qui, par leur fait, n'auraient pas répondu aux examens, toutes mesures propres assurer la surveillance médicale du personnel dans les conditions prévues par la loi ;
- de signaler au C.I.H.L. les produits toxiques employés dans mon entreprise, les manipulations dangereuses nécessitant une surveillance renforcée et de me prêter à toute visite du Médecin du Travail sur les lieux du travail ;
- de prendre en considération les avis qui seront présentés sur l'aptitude ou l'inaptitude des salariés, ainsi que sur l'hygiène et la salubrité du travail et d'une façon générale d'observer les prescriptions légales et réglementaires concernant la Santé du Travail.

Fait en double exemplaire, à le.....

Le Président du C.I.H.L.
ou son représentant

Signature du Chef d'Entreprise
ou d'Etablissement

<u>NOS CENTRES D'EXAMENS</u>				
45130 BAULE 14 Rue de l'Orme au Loup ZA les Brédanes	45500 GIEN 3 Rue des Tulipes	45300 PITHIVIERS ZAC de Senives 135 Rue Louise Michel	45700 VILLEMANDEUR 73 rue Chambon	45140 ST J. DE LA RUELLE 19 Rue de la Batardière
45160 OLIVET 1130 Rue de la Bergeresse	45000 ORLEANS (Xaintrailles) 41 Rue Xaintrailles	45000 ORLEANS (les Chatelliers) 9 Rue Gustave Eiffel Parc des Chatelliers	45000 ORLEANS (Châtelet) Hall Est 35 Place du Châtelet	45774 SARAN Cedex 235 Rue des Sables de Sary BP 81020



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Santé au Travail

235 rue des Sables de Sary – BP 81020 – 45774 SARAN Cedex

www.cihl45.com

BULLETIN D'ADHÉSION

Nous retourner 2 exemplaires dûment remplis recto verso et signés

Je soussigné (*) ayant qualité de

Renseignements concernant l'établissement situé dans le Loiret :

E T A B L I S S E M E N T	RAISON SOCIALE			
	ENSEIGNE <i>(Si différente raison sociale)</i>			
	Adresse			
	Code Postal		Ville	
	N°SIRET			APE
	Tél :			
	Nom du responsable <i>(Gérant, Président...)</i>	.....	Activité de l'établissement	.....
Mail du responsable				

F A C T U R A T I O N	Nom de la personne chargée de la facturation	.....											
	Tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse	.....											
	Code Postal	.....	Ville	.....									
	Mail pour l'envoi des bordereaux de cotisations (**)@.....												

C O N V O C A T I O N	Nom de la personne chargée des convocations	.....											
	Tél	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresse	.....											
	Code Postal	.....	Ville	.....									
	Mail du responsable convocation (**)@.....												
	Jour contre indiqué	<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> MERCREDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI								
Autres contraintes de convocation	.....												

(*) Indiquer le nom du directeur, gérant, responsable de l'entreprise. (**) obligatoire

EFFECTIF TOTAL : Déclarer le(s) salarié(s) de l'établissement pour les entreprises du Loiret ou le(s) salarié(s) exerçant leur activité professionnelle dans le Loiret pour les entreprises Hors département.

.....

(Tourner SVP) →

Après avoir pris connaissance des Statuts du Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret, déclare donner mon adhésion à l'organisme précité et prendre l'engagement :

- de respecter les dispositions des Statuts et du Règlement Intérieur ;
- de verser, à réception du relevé, le droit d'entrée et la cotisation fixés par le Conseil d'Administration du Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret dans les conditions et selon les modalités arrêtées par ledit Conseil ;
- d'acquitter le montant de la cotisation prévue pour tout salarié dont l'absence n'aurait pas été justifiée au C.I.H.L. au moins 48 heures à l'avance ;
- de rembourser au C.I.H.L. les frais des examens complémentaires prescrits par le Médecin du Travail lors de la visite d'embauchage ou lors de la visite périodique selon l'Article 17 du Règlement Intérieur du C.I.H.L.;
- de prendre à ma charge les frais des analyses, de prélèvements des poussières, de vapeurs dangereuses et des produits nocifs, dans un Laboratoire choisi par le Médecin du Travail (Art. R.4624-7 du Code du Travail) ;
- de transmettre au personnel salarié les convocations aux examens et de lui faciliter l'accès aux dits examens, de fournir périodiquement au C.I.H.L. un état numérique et nominal des salariés, de signaler les embauches et les sorties ainsi que les reprises du travail après absence pour maladie ou accident ;
- de prendre à l'égard des salariés qui, par leur fait, n'auraient pas répondu aux examens, toutes mesures propres assurer la surveillance médicale du personnel dans les conditions prévues par la loi ;
- de signaler au C.I.H.L. les produits toxiques employés dans mon entreprise, les manipulations dangereuses nécessitant une surveillance renforcée et de me prêter à toute visite du Médecin du Travail sur les lieux du travail ;
- de prendre en considération les avis qui seront présentés sur l'aptitude ou l'inaptitude des salariés, ainsi que sur l'hygiène et la salubrité du travail et d'une façon générale d'observer les prescriptions légales et réglementaires concernant la Santé du Travail.

Fait en double exemplaire, à le.....

Le Président du C.I.H.L.
ou son représentant

Signature du Chef d'Entreprise
ou d'Etablissement

<u>NOS CENTRES D'EXAMENS</u>				
45130 BAULE 14 Rue de l'Orme au Loup ZA les Brédanes	45500 GIEN 3 Rue des Tulipes	45300 PITHIVIERS ZAC de Senives 135 Rue Louise Michel	45700 VILLEMANDEUR 73 rue Chambon	45140 ST J. DE LA RUELLE 19 Rue de la Batardière
45160 OLIVET 1130 Rue de la Bergeresse	45000 ORLEANS (Xaintrailles) 41 Rue Xaintrailles	45000 ORLEANS (les Chatelliers) 9 Rue Gustave Eiffel Parc des Chatelliers	45000 ORLEANS (Châtelet) Hall Est 35 Place du Châtelet	45774 SARAN Cedex 235 Rue des Sables de Sary BP 81020

C.I.H.L.

A JOINDRE A VOS 2 BULLETINS D'ADHESION EN RETOUR

I - S'agit-il d'une création d'entreprise ? (*) OUI NON

II - S'agit-il du rachat d'une entreprise ? (*) OUI NON

Si OUI :

- A quelle date ?.....
- Quelle était la raison sociale de votre prédécesseur ?.....
-
- Quel était le nom du responsable ou du propriétaire ?.....
-

III - Avez-vous déjà adhéré à la Médecine du Travail ? OUI NON

Si OUI :

- Année.....
- Numéro d'Adhérent.....
- Nom du Médecin.....
- Sous quel intitulé étiez-vous inscrit ?.....
-

Avec nos remerciements.

Nom et signature :

(*) cocher la case correspondante.