



DÉCLARATION D'ADHÉSION

Cadre réservé au service	
DPAE	<input type="checkbox"/>
N° adhérent :	
Référent :	
Assistant :	
Secteur / centre :	/
Date de saisie :	

1. Siège social

Enseigne commerciale :Forme juridique :

Raison sociale :

Successeur de :

Activité de l'entreprise :

Code NAF (4 chiffres + 1 lettre) : N° Siret :

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact siège social :

2. Facturation (si différent du siège)

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact facturation :

3. Etablissement concerné par le suivi santé travail (si différent du siège)

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact santé travail :

L'établissement dispose-t-il d'un CSE : Oui Non

L'établissement dispose-t-il de délégués du personnel : Oui Non

4. Envoi des convocations

Adresse d'envoi des convocations : Siège social Facturation Établissement santé travail Autre adresse

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact convocations :

5. Envoi de la liste nominative pour la mise à jour des effectifs

Adresse d'envoi de la liste nominative : Siège social Facturation Établissement santé travail Autre adresse

Adresse :

Adresse suite :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone : Fax :

Portable : Email :

Nom du contact liste nominative :

6. Contraintes pouvant influencer sur l'organisation des visites médicales

7. Déclaration d'adhésion

Je soussigné,

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de :

Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans le présent document et déclare, après avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, de son annexe sur la protection des données personnelles, et des tarifs (documents disponibles sur notre site internet www.presoa.org, dans la rubrique « Devenir adhérent »), les accepter et adhérer à PrésOA.

Les droits d'entrée fixés à 50,00 € H.T. sont à régler à réception de la facture.

Nombre de salariés déclarés :

(N'oubliez pas de déclarer l'ensemble de vos salariés dans le portail adhérents à réception de l'identifiant et du mot de passe.)

Fait à : le

Signature et cachet de l'entreprise.

Documents à joindre à votre déclaration :

Déclaration d'adhésion (ce document)

Autorisation de prélèvement et RIB IBAN

PrésOA peut utiliser vos données pour vous envoyer des communications par courrier électronique (Information, invitation à un événement...). Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à tout moment par mail à l'adresse suivante : dpo@presoa.org ou en cliquant sur le lien de désinscription présent sur chacune de nos communications.

MANDAT de Prélèvement SEPA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Référence unique du mandat – Zone réservée à PRESOA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Préssoa à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Préssoa.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Raison sociale	*	.....	1
		Raison sociale du débiteur	
Adresse	*	.....	2
		Numéro et nom de la rue	
	*	.....	3
		Code Postal	
	*	.....	4
		Pays	
Coordonnées de votre compte		.....	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
		.....	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Domiciliation bancaire	*	.....	7
		Nom de l'agence qui tient le compte	
	*	.....	8
		Numéro et nom de la rue	
	*	.....	9
		Code postal	
	*	
		Ville	
Nom du créancier		PRESOA	10
		Nom du créancier	
		FR41ZZZ441107	11
		Identifiant du créancier	
		Rue Théodore Monod – ZA Bois de la Chocque – BP 40362	12
		Numéro et nom de la rue	
		02100	13
		Code Postal	
		SAINT-QUENTIN	13
		Ville	
		FRANCE	14
		Pays	
Type de paiement		Paiement récurrent / répétitif <input checked="checked" type="checkbox"/>	15
		Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	
Signé à	*	.....	16
		Lieu	
		
		Date : JJ/MM/AAAA	
Signature(s)		Veuillez signer ici	
		<div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 40px;"></div>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A retourner à

PRESOA
Service Adhésions
Rue Théodore Monod - ZA Bois de la Chocque – BP 40362
02100 SAINT-QUENTIN

ou par mail à florian.ricaux@presoa.org

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier