



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

Saran, 2023

BA/VM/JT - IM

TEL.: 02.38.71.89.01/09

BULLETIN ADHESION

- ENTREPRISE DU LOIRET
- ENTREPRISE HORS LOIRET
- INTERIM
- PARTICULIER EMPLOYEUR

Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-après un dossier d'adhésion, nécessaire pour votre inscription à notre service de Prévention et de Santé au Travail, qu'il faudra compléter et nous retourner par mail à : cihl.adhesions@cihl45.com ou par courrier postal à notre siège à Saran (adresse ci-dessus).

<u>Documents à retourner impérativement</u>	<ul style="list-style-type: none">- les 2 bulletins d'adhésion remplis et signés- le mandat SEPA complété (BIC et IBAN) et signé- votre RIB- pour les entreprises HORS LOIRET : joindre obligatoirement la fiche entreprise de l'établissement principal + « Liste des salariés à joindre... » complétée
Documents à consulter sur notre site www.cihl45.com	<ul style="list-style-type: none">- le règlement intérieur- les statuts
<u>Après validation de votre adhésion vous recevrez</u>	<ul style="list-style-type: none">- un exemplaire du bulletin signé par notre direction. Vous devrez le conserver- vos identifiants pour vous connecter à « votre espace adhérent » sur notre site www.cihl45.com. Vous pourrez y télécharger vos factures acquittées

Vos frais d'adhésion

Les frais d'adhésion sont dus quel que soit le nombre de salarié dans votre établissement. Ils seront prélevés lors de la validation de votre adhésion.

<ul style="list-style-type: none">• ENTREPRISE DU LOIRET• ENTREPRISE HORS LOIRET• INTERIM	Frais d'adhésion	75€ HT	90€ TTC
<ul style="list-style-type: none">• PARTICULIER EMPLOYEUR	Frais d'adhésion	NEANT	



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

Vos cotisations

Déroulement et calcul de votre cotisation :

- ▶ déclaration des effectifs mi-mars 2023 à effectuer sur votre espace adhérent sur www.cihl45.com,
- ▶ une facture unique sera établie d'après l'effectif déclaré et à régler en une ou plusieurs fois selon la taille de l'entreprise :
 - de 1 à 10 salariés : en 1 fois, le 15.04.23
 - de 11 à 30 salariés : en 2 fois, le 15.04 et 15.09.23
 - de 31 salariés et + : en 4 fois, le 15.04, 15.06, 15.09 et 15.12.23
- ▶ les **nouveaux salariés** arrivant en cours d'année **et** reçus en visite d'embauche seront facturés **84€ HT**
- ▶ absence non-excusee sera facturée **70€ HT**

	COTISATION	EFFECTIF	PERIODICITE	TARIF PAR SALARIE	
ENTREPRISE : • LOIRET • HORS LOIRET • PERSONNEL PERMANENT D'AGENCE INTERIM	Per capita	1 à 10 salariés	annuelle	84€ HT	100.80€ TTC
		11 à 30	semestrielle		
		31 et +	trimestrielle		
	Absence	Toute absence, non excusée 48 Heures à l'avance, fera l'objet d'une facturation complémentaire forfaitaire de 70.00€ HT			

• INTERIMAIRE	Facture à la visite	78€ HT	93.60€ TTC
	Absence	Toute absence non excusée 48 Heures à l'avance fera l'objet d'une facturation complémentaire forfaitaire de 78.00 € HT	

• PARTICULIER EMPLOYEUR	Facture à la visite	50€ HT	60€ TTC
	Absence	Toute absence non excusée 48 Heures à l'avance fera l'objet d'une facturation complémentaire forfaitaire de 50.00 € HT	

Restant à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire, vous pouvez nous joindre par mail à cihl.adhesions@cihl45.com ou par téléphone au [02.38.71.89.01/09](tel:02.38.71.89.01/09).

Nous vous prions d'accepter, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Le service Adhésion



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

CIHL Service de Prévention
et de Santé au Travail

**Cadre réservé à notre
service**

Mission de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat :

Code de suivi restitué par la banque :

Date :

Débiteur

Nom ou société :

Votre adresse :

Votre compte : BIC :

IBAN :

Créancier

Nom du créancier : ASS DECL CTE INTERENTREPRISES HYGIENE LOIRET

Adresse : CIHL 45
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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le CIHL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du CIHL



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

BULLETIN D'ADHÉSION

2023

Nous retourner 2 exemplaires dûment remplis recto verso et signés

Je soussigné (*) ayant qualité de

Renseignements concernant l'établissement à affilier :

E T A B L I S S E M E N T	RAISON SOCIALE				
	ENSEIGNE (Si différente raison sociale)				
	Adresse				
	Code Postal		Ville		
	N°SIRET			APE	
	Tél :			Port	
	Nom du responsable (Gérant, Président...)		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"/>	Port	<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"/>	Port	<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.
---	-------



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

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 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 afin d'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

NOS CENTRES D'EXAMENS

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 Batardièrre
45160 OLIVET 1130 Rue de la Bergeresse	45000 ORLEANS (Xaintraillles) 41 Rue Xaintraillles	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

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)

Pilote version 5



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

BULLETIN D'ADHÉSION

2023

Nous retourner 2 exemplaires dûment remplis recto verso et signés

Je soussigné (*) ayant qualité de

Renseignements concernant l'établissement à affilier :

E T A B L I S S E M E N T	RAISON SOCIALE				
	ENSEIGNE (Si différente raison sociale)				
	Adresse				
	Code Postal		Ville		
	N°SIRET			APE	
	Tél :			Port	
	Nom du responsable (Gérant, Président...)		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"/>	Port	<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"/>	Port	<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.
---	-------



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

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 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 afin d'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

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)

Pilote version 5



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

**A compléter pour l'adhésion d'une entreprise HORS LOIRET UNIQUEMENT
+ joindre FICHE ENTREPRISE**

SALARIE(S) DES ENTREPRISES HORS LOIRET

LISTE DES SALARIÉS À JOINDRE À VOTRE DOSSIER

(Encadré réservé au CIHL) N° ADHERENT : Docteur

RAISON SOCIALE : DATE :/...../.....

Nom :	Adresse personnelle :
Nom de Jeune Fille :	
Prénom :	Adresse précise (si intervient en entreprise) ou zone géographique du poste travail :
Date de naissance :/...../.....	
Sexe : O HOMME O FEMME	
Contrat : O CDD O CDI	
Embauche le/...../.....	Téléphone personnel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom :	Adresse personnelle :
Nom de Jeune Fille :	
Prénom :	Adresse précise (si intervient en entreprise) ou zone géographique du poste travail :
Date de naissance :/...../.....	
Sexe : O HOMME O FEMME	
Contrat : O CDD O CDI	
Embauche le/...../.....	Téléphone personnel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Le service de santé au travail chargé du suivi de mon site principal est :

Nom : Tel :

Le médecin affecté à mon entreprise est le Docteur

Fait à le/...../..... Signature et cachet de l'entreprise



COMITE INTERENTREPRISES D'HYGIENE DU LOIRET

Service de Prévention et de Santé au Travail

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

www.cihl45.com

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.