S M I E V E

A NOUS RETOURNER
COMPLETE

ADHESION 2012

Je soussigné (Nom, Prénom) ……employeur de …… (nombre exact) salariés et apprentis, agissant en qualité de (Propriétaire, Gérant, Directeur) de l'Etablissement déclare adhérer au Service Médical Interentreprise de VIENNE et des Environs, conformément aux directives de la loi du 11 octobre 1946 et m'engage à me soumettre au règlement de cet Organisme.

La visite règlementaire annuelle sera effectuée dans les centres de référence de la localité la plus proche. Les visites d'embauche et de reprise du travail qui sont obligatoires auront lieu sur ma demande et sur rendez-vous dans le centre qui sera précisé lors de la prise de rendez-vous.

Je verse au SERVICE MEDICAL INTERENTREPRISE DE VIENNE la somme de …… ……Euros, représentant ma cotisation pour l'Exercice en cours, suivant détail ci-dessous.

Cachet de l'Etablissement : **A** …… **Le** ……

Signature

FACTURE

DESIGNATION	MONTANT UNITAIRE H.T.	EFFECTIF	MONTANT TOTAL H.T.
Cotisation annuelle	**69,90 euros**	**x**	
Droit d'entrée	**9,50 euros**	**x**	
Frais d'inscription	**Forfaitaire**		**47,10 euros**
	Montant H.T.		
	T.V.A. 19,6 %		
	Montant T.T.C		

N.B. Cette adhésion est effective aux yeux de la législation du Travail à dater du jour du règlement.