Entreprise

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c.postal/ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Effectifs (temps plein + temps partiel en% de l’emploi total): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membres d’association partenaires de la FSTS (cocher la case correspondante):

AER  / SGO  / Swissgalvanic  / VLO  / VSA  / VSV  / VSKF  / non-membres

Responsable d‘entreprise (nom, prénom): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chargé de la sécurité (nom, prénom): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Information sur l‘assurance-accidents professionnels

Assureur (cocher la case correspondante):

SUVA  / Autre  si autre, lequel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classification selon votre certificat d’assurance :

Classe AP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sous-Classe AP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Taux de prime nette: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

Prime AP actuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prière de joindre une copie de la facture)

Déclaration

Je déclare adhérer à la solution de branche santé et sécurité au travail (SUVA Bra-Lö Nr36) de la FSTS et avoir pris connaissance des documents « Cotisation d’adhésion à la solution de branche „santé et sécurité au travail“ de la FSTS „ et „ Prestations liées à la solution de branche „santé et sécurité au travail“ de la FSTS “

Validité: L’adhésion débute après réception de ce document par la CST (commission de sécurité au travail) et se termine l’année suivante. L’adhésion est reconduite de façon tacite pour 1 an, si une demande de résiliation n’a pas été envoyée au moins 6 mois avant par lettre recommandée à la CST.

Exclusions : L’association se réserve le droit d’exclure pour divers motifs tout membre de l’organisation. À titre d’exemple, les motifs peuvent être : non-application de la solution de branche, non-paiement des cotisations, absences répétées aux cours de formations, non-communication des statistiques ou de documents…

Je m’engage/nous nous engageons:

* À me/nous conformer aux exigences définies par la CFST et la FSTS, et également d’accomplir les tâches qui incombent au responsable d’entreprise et au PERCO (Personne de contact pour la sécurité au travail).
* À participer aux cours et journées obligatoires de la FSTS (PERCO, ERFA,…)
* D’envoyer les documents importants (par exemple : facture de prime SUVA) dans des délais raisonnables.
* De régler les primes et cotisations définies par la FSTS dans les délais impartis

Lieu / Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ signature (valide): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cachet de l’entreprise)

Envoyer le document à :

president KAS-CST,

Urs Scheuber

praesident\_kas@sso-fsts.ch

+41 58 861 91 28