

	DOCUMENT Offre spécifique Travailleur indépendant	Thème : R1-4 Ref: R1_DOC_Offre_specifiques_001 Version: 1 Date d'application: 02/01/2025
---	---	--

CONVENTION D’AFFILIATION – Offre Spécifique

ENTRE LE TRAVAILLEUR INDEPENDANT :

Nom-prénom : _____

SIRET ou Numéro TI : _____

ET

LE SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL AMITR – 2 avenue Philippe Seguin – 10510 MAIZIERES-LA-GRANDE-PAROISSE, représenté par son Directeur Jérôme LELOUARD

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

La présente convention a pour objet de confier à l’AMITR la réalisation de l’offre spécifique de services en matière de suivi individuel de l’état de santé des travailleurs indépendants, de prévention des risques professionnels et de prévention de la désinsertion professionnelle, comme présenté dans l’onglet « offre socle » disponible sur le site internet <https://amitr.fr>.

La présente convention d’affiliation est valable 1 an, sans tacite reconduction. Quatre mois avant la date d’échéance, le SPSTI informe par courrier et par mail le travailleur indépendant de la fin programmée de son affiliation, afin qu’il puisse demander et confirmer sa reconduction pour une année supplémentaire.

Le travailleur indépendant s’engage à respecter sans réserve les statuts et le règlement intérieur en vigueur transmis lors de l’affiliation et disponibles sur le site internet.

Le travailleur indépendant peut déléguer la gestion de son affiliation à un cabinet comptable. Il doit, dans ce cas, lui créer un accès sur le portail adhérent ou transmettre à l’AMITR la procuration en annexe de la présente convention.

Le travailleur indépendant qui entend démissionner, doit en informer l’AMITR par lettre recommandée avec avis de réception, selon un préavis de 3 mois avec une date anniversaire au 31/12. La démission ne prend effet qu’à l’expiration de l’année civile en cours. Le travailleur indépendant qui donne ainsi sa démission est redevable de toutes les cotisations dues pour l’année en cours. Il devra, outre les cotisations échues, payer celles de l’année courante et les sommes dont il pourrait être débiteur envers l’AMITR.

Les données collectées dans ce dossier font l’objet d’un traitement informatique placé sous la responsabilité de l’AMITR dans le respect de la Règlementation sur le Traitement des Données Personnelles (RGPD).

Fait à
Signature du Travailleur Indépendant

le
Signature du Directeur de l’AMITR

	DOCUMENT Offre spécifique Travailleur indépendant	Thème : R1-4 Ref: R1_DOC_Offre_specifiques_001 Version: 1 Date d'application: 02/01/2025
---	---	--

CONVENTION D’AFFILIATION – Cotisation

L’affiliation à l’AMITR ne sera effective qu’après signature de la convention d’affiliation et paiement de la facture proforma d’adhésion.

La cotisation est due pour 1 an à compter de la date de confirmation de l’affiliation, selon les tarifs en vigueur validés chaque année par l’Assemblée Générale.

Pour 2025, le montant de la cotisation à l’offre spécifique pour la 1^{ère} affiliation s’élève à :

Frais d’affiliation	40,00 €
Offre spécifique	92,40 €
Total HT	132,40 €
TVA à 20 %	26,48 €
Total TTC	158,88 €

Pour les années suivantes, le montant annuel de la cotisation à l’offre spécifique s’élèvera à 92,40 € HT, soit 110,88 € TTC, sauf augmentation décidée par l’Assemblée Générale.

Choix du mode de règlement :

☐ Virement *(merci de libeller le virement au nom de la raison sociale mentionnée dans le dossier et le n° SIRET)*

IBAN : FR76 1470 7007 0900 7215 9562 776	BIC : CCBPFRPPMTZ
--	-------------------

☐ Prélèvement *(merci de remplir le formulaire SEPA au moment de l’adhésion en ligne)*

CONVENTION D’AFFILIATION – Renseignements administratifs

Motif d’affiliation :

☐ 1^{ère} affiliation ☐ Ré-affiliation (indiquer le n° d’adhérent) _____

Informations concernant l’établissement :

Forme juridique : _____

Raison sociale : _____

Nom de l’enseigne commerciale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° SIRET : _____ Code APE : _____

Activité de l’établissement : _____

Téléphone professionnel : _____ Portable professionnel : _____

Mail professionnel : _____

Informations concernant le Travailleur indépendant :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone personnel : _____ Portable personnel : _____

Mail personnel : _____

Lieu de travail : _____

Poste de travail : _____

Activités : _____

PROCURATION TIERS DECLARANT – Cabinet comptable

Je soussigné(e) : _____

Agissant en qualité de représentant légal de l'établissement : _____

Autorise l'AMITR à communiquer les codes télédéclarant et mot de passe d'accès au portail adhérent pour mon établissement, au cabinet comptable :

Dénomination : _____

Personne habilitée : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone professionnel : _____ Portable professionnel : _____

Mail professionnel : _____

Fait à

Le

Signature du Travailleur indépendant

Cachet de l'établissement