



DOSSIER D'ADHÉSION 2026

ADHÉRER - MODE D'EMPLOI

Consultez nos documents
réglementaires (statuts,
règlement général...)

Prenez connaissance des
conditions d'adhésion



Complétez le bulletin
d'adhésion



Réglez le montant du droit
d'adhésion 2026



Envoyez le bulletin
d'adhésion accompagné de
votre règlement par chèque
et de **vos** **extraits kbis de**
moins de 3 mois



Recevez l'accusé de réception
de votre dossier



Connectez-vous au
Portail Adhérent

Par courrier à :
AMEBAT- Service Adhésion
BP 92805
44300 NANTES CEDEX 3

ATTENTION : Tout dossier
reçu sans règlement ne sera
pas traité.

Le Portail adhérent vous
permet de :

- Déclarer vos salariés
- Demander des visites médicales
- Demander des actions en milieu de travail
- Transmettre votre DUERP
- Télécharger vos factures

Cet accusé de réception
comprend :

- Un récépissé d'adhésion précisant votre numéro d'adhérent et les coordonnées de l'équipe médicale en charge de votre suivi
- Une facture acquittée du montant des droits d'entrée
- Votre code d'accès au Portail Adhérent

DOSSIER D'ADHÉSION

2026

TARIFS 2026 - OFFRE DE SERVICE

DROITS D'ENTRÉE..... 36,31 € TTC / 30,26 € HT

DROITS DE RÉINTÉGRATION..... 72,62 € TTC / 60,52 € HT

COTISATION OFFRE SOCLE* 167,77 € TTC / 139,81 € HT

Inclus dans la cotisation :

- Suivi individuel de l'état de santé des salariés
- Actions de prévention des risques professionnels
- Prévention de la désinsertion professionnelle

**Cotisation annuelle « Per Capita » par salarié quel que soit son type de contrat ou la durée de son contrat.*

ABSENCE NON EXCUSÉE 48H À L'AVANCE..... 72,62 € TTC / 60,52 € HT

Toute absence non excusée à une visite médicale 48 h à l'avance (*jours ouvrés*) sera facturée à l'entreprise sur la base de 60,52 € HT dès l'absence constatée. Il appartiendra à l'entreprise de solliciter un nouveau rendez-vous.

COTISATION APPRENTI 72,62 € TTC / 60,52 € HT

COTISATION ANNUELLE SALARIES INB..... 278,40 € TTC / 232 € HT

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Règlement par chèque, à l'ordre de l'AMEBAT, à joindre impérativement avec le bulletin d'Adhésion.

Pour les factures à venir, remplir le mandat de prélèvement accompagné de votre RIB.

ATTENTION :

Tout dossier reçu incomplet ne pourra être traité.



BULLETIN D'ADHÉSION

2026

CADRE RÉSERVÉ À L'AMEBAT

Date de réception :/...../.....

Date d'enregistrement :/...../.....

N° Adhérent :

Médecin :

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Code NAF

SIRET

Activité de l'entreprise

COORDONNÉES PRINCIPALES

Forme juridique	
Raison sociale	
Adresse	
Code postal	
Ville	
E-mail	
Téléphone	

COORDONNÉES DU DIRIGEANT	
Nom	
Prénom	
Portable	

NOMBRE DE SALARIÉS À LA DATE DE
L'ADHÉSION :

CONTRAT D'ADHÉSION

Je soussigné, agissant pour le compte de l'entreprise déclare adhérer à l'AMEBAT et m'engage de ce fait à me conformer aux droits et obligations résultant des lois et décrets concernant la santé au travail ainsi qu'aux statuts et règlement général de ladite association. L'adhésion est confirmée par le versement d'un montant fixe de 30,26€ HT par entreprise représentant le droit d'adhésion et doit être versé en une seule fois.

Fait à :

Cachet et signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Le :

Veillez compléter les champs grisés

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

N° d'Adhérent :	N° de Mandat SEPA (ne pas remplir)	

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

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.

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

Nom du créancier

AMEBAT ASS MEDECINE BATIMENT

Nom du créancier

[illegible]

Identifiant créancier SEPA

173 RUE DU PERRAY BP 92805

Numéro et nom de la rue

4 4 3 2 8 NANTES CEDEX 3

Code Postal Ville

FRANCE

Pays

Type de Paiement

Païement récurrent / répétitif ☒ Païement ponctuel ☐**PARTIE A REMPLIR PAR LE DEBITEUR / L'ADHERENT**

Votre Nom

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

.....

Numéro et nom de la rue

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

Code Postal Ville

Pays

[illegible]

Les coordonnées
de votre compte

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

[illegible]

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Signé à

A horizontal bar with a dotted line. To the right of the bar are three groups of squares: two squares, two squares, and four squares.

Lieu

Date JJ/MM/AAAA

Signature(s)

Veillez signer ici

--

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à: **AMEBAT Service Comptabilité**
173 rue du Perray - BP 92805
44328 NANTES CEDEX 3