

**DEMANDE D'ADHESION  
SYNALAM**

+ Raison sociale de l'entreprise qui demande l'adhésion

.....

+ Adresse .....

.....

+ Représentée par .....

+ Candidature parrainée par .....

**Demande son adhésion au SYNALAM.**

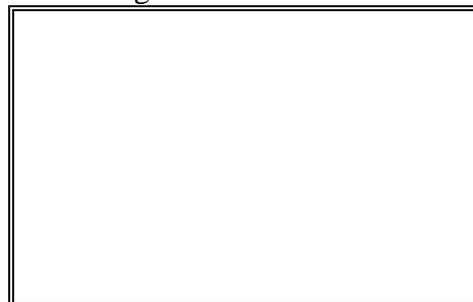
Par cette adhésion, l'entreprise s'engage à respecter les Statuts, le Règlement intérieur et le Code de Bonnes Pratiques.

Ces derniers documents doivent être retournés dûment signés avec le cachet de l'entreprise.

L'entreprise s'engage par ailleurs à verser les cotisations syndicales, répondre aux enquêtes professionnelles et participer aux événements Synalam.

Date : .....

Signature et Cachet



PJ : Fiche de renseignements.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Les renseignements confidentiels de cette fiche sont à l'usage exclusif du secrétariat.

### I. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE:

Nom de l'entreprise<sup>1</sup> : .....

Nom commercial<sup>2</sup> : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Télécopie : .....

Site Internet : http:// .....

Forme Juridique (1) :  S.A.

S.A.R.L.

S.A.S

Personnelle

Autre : .....

Date de création : .....

Code NAF<sup>3</sup> : ..... N° de SIRET : .....

Principale Convention Collective applicable : .....

.....

### II. FONCTIONNEMENT DE L'ENTREPRISE :

Nombre d'effectif (Gérants-propriétaires et/ou non salariés inclus) :

2017 : .....

2016: .....

2015: .....

Nombre de garants de bonnes pratiques<sup>4</sup> de délivrance<sup>4</sup> :

Catégorie 1 : .....

Catégorie 2 : .....

Catégorie 3 : .....

Catégorie 4 : .....

<sup>1</sup> Dénomination sociale qui identifie l'entreprise en tant que personne morale.

<sup>2</sup> Nom sous lequel l'activité de votre société est connue du public.

<sup>3</sup> Le code NAF (Nomenclature des activités françaises) remplace le code APE (Activité principale de l'entreprise).

<sup>4</sup> En application du décret du 19 décembre 2006 et de l'arrêté de même date relatifs aux prestataires de services et distributeurs de matériels.

Nombre d'intervenants auprès de la personne malade : .....

Catégorie 1 : .....

Catégorie 2 : .....

Catégorie 3 : .....

Catégorie 4 : .....

Nom du responsable :..... E.mail : .....

Qualité :      P.D.G.                                      Gérant                                      Président

Directeur                                      Autre : .....

Nom et fonction de la personne chargée des relations avec le **SYNALAM** (si différent du responsable de l'entreprise) :

..... E.mail : .....

Noms et emails des principaux responsables :

RH : ..... E.mail : .....

Commercial : ..... E.mail : .....

Technique : ..... E.mail : .....

Administratif : ..... E.mail : .....

BPDO : ..... E.mail : .....

Appel de cotisation à envoyer à :

M/Mme : ..... E.mail : .....

Fonction : .....

### **III. ACTIVITE DE L'ENTREPRISE :**

Zone géographique d'activité (code départemental) : .....

Chiffre d'affaires des trois derniers exercices :

2016 : .....

2015 : .....

2014 : .....

Date d'arrêté des comptes : .....

L'entreprise :

Est-elle filiale d'un groupe : ..... Si oui, lequel: .....

Est-elle adhérente à un groupement-réseau : .....

A-t-elle des filiales : .....

Est-elle une franchise : .....

A-t-elle des franchises : .....

Adresses de vos points de vente (autre que votre siège social). Vous pouvez si préférence nous adresser une liste en pièce jointe.

Adresse		Fax	Nom du responsable

L'entreprise adhère-t-elle :

à d'autres syndicats professionnels : .....

1- Avez-vous signé la Convention Tiers Payant Titre I et IV ?

oui

non

2- Avez-vous fait l'objet d'une sanction conventionnelle ?

oui

non

De quelle durée? .....

3 - Avez-vous adhéré à la Charte de la personne prise en charge par un Prestataire de Santé à Domicile(PSAD) ?

oui

non

4 - Avez-vous une certification ISO ? .....

oui

non

5- Avez-vous l'agrément orthopédie petit appareillage.....

grand appareillage ..... [ ]

7- Avez-vous réglé la Contribution APAN-DMT de l'année en cours?

[ ] oui

[ ] non

8 - Avez-vous répondu à l'Enquête Emploi et Formation de l'Observatoire Prospectif du Commerce pour l'année précédente?

[ ] oui

[ ] non

**Type de matériel fourni en plus du matériel courant :**

		Produits de confort et d'hygiène	[ ]
Appareil assistance respiratoire	[ ]	Perfusion	[ ]
Pression Positive Continue	[ ]	Véhicules pour handicapés : manuels	[ ]
		électriques	[ ]
Générateurs d'aérosols	[ ]	Matériel médico-chirurgical	[ ]
Oxygénothérapie :	[ ]	Aide à la marche	[ ]
		Lits médicalisés -soulève-malades	[ ]
		Articles pour pansements	[ ]
Nutrition entérale	[ ]	Incontinence	[ ]
Nutrition parentérale	[ ]	Orthopédie : orthèses	[ ]
Insulinothérapie	[ ]	: orthoprothèses	[ ]
		Matériel d'aide à la vie (dispositifs non remboursés)	[ ]

**Clientèle :**

Particuliers	[ ]	Associations	[ ]
Pharmacies	[ ]	Infirmiers	[ ]
Médecins	[ ]	Kinésithérapeutes	[ ]
Hôpitaux	[ ]	Maisons de retraite/EPHAD	[ ]
Cliniques centres de rééducation	[ ]	Etablissements pour personnes Handicapées	[ ]

Nombre total de patients suivis : .....

Autres activités : .....

Observation(s) : .....

#### **IV. VOTRE ENTREPRISE ET LE SYNALAM:**

1- Comment nous connaissez-vous? .....

.....

2 - Quelles sont vos attentes au sein du Synalam?

.....

3- Quels sont les sujets qui vous intéressent le plus?

.....

.....

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.

**Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.**

**M/Mme ..... certifie la véracité des informations données et autorise le SYNALAM à utiliser les informations de cette fiche dans un fichier informatique interne du syndicat.**

**Ces renseignements sont à l'usage exclusif des permanents du SYNALAM.**

**En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : [contact@synalam.fr](mailto:contact@synalam.fr)**