

## FORMULAIRE D'ABONNEMENT À LA DOSIMÉTRIE PASSIVE

1/2

### DÉJÀ CLIENT

Numéro d'abonnement (1 lettre + 4 chiffres)

--	--	--	--	--

### EMPLOYEUR

Raison sociale\* : .....

SIRET ou INTRACOM\* : .....

*Doit correspondre à l'adresse actuelle*

Adresse\* : .....

Nom / Prénom\* : .....

Tél.\* : ..... Fax : .....

E-mail\* : .....

### DESTINATAIRE(S) DES RÉSULTATS - MÉDECIN(S) DU TRAVAIL

Nom / Prénom\* : .....

Société\* (1) : .....

Adresse\* (2) : .....

Tél.\* : ..... Fax : .....

E-mail\* : .....

### CONSEILLER(S) EN RADIOPROTECTION (PCR ou OCR)

Nom / Prénom\* : .....

Société\* (1) : .....

Adresse\* (2) : .....

Tél.\* : ..... Fax : .....

E-mail\* : .....

Mise à jour de votre abonnement

### CADRE RÉSERVÉ IRSN

Abonnement :

Agora :

Date :

### NOUVEAU CLIENT

Renseignez votre activité professionnelle

- Exploitants du cycle électronucléaire civil
- Secteur Dentaire
- Recherche et enseignement
- Prestataires du cycle électronucléaire
- Usages industriels
- Transport de matières radioactives
- Sources naturelles
- Usages Vétérinaires
- Défense / Cycle nucléaire militaire
- Usages Médicaux
- Autres

Si plusieurs MDT sont en charge du suivi de vos travailleurs, merci de nous communiquer leurs coordonnées.

#### ARTICLES R4624-22 et 23 DU CODE DU TRAVAIL

Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail défini à l'article R. 4624-23 bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé [...]. Les postes présentant des risques particuliers mentionnés au premier alinéa de l'article L. 4624-2 sont ceux exposant les travailleurs : [...] aux rayonnements ionisants

#### ARTICLE R4451-68 et 69 DU CODE DU TRAVAIL

Le médecin du travail a accès, sous leur forme nominative aux résultats de la surveillance dosimétrique ainsi qu'à la dose efficace, de chaque travailleur dont il assure le suivi de l'état de santé.[...] Le conseiller en radioprotection a accès, sous une forme nominative et sur une période n'excédant pas celle durant laquelle le travailleur est contractuellement lié à l'employeur, à la dose efficace reçue ainsi qu'aux résultats de la surveillance dosimétrique individuelle.[...]

Si plusieurs PCR sont en charge du suivi de vos travailleurs, merci de nous communiquer leurs coordonnées.

\* Information obligatoire

(1) Si différent de la raison sociale de la case EMPLOYEUR

(2) Si différent de l'adresse de l'employeur

## ADRESSE DE FACTURATION

À remplir si différente des coordonnées de l'employeur

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Nom / Prénom : .....

SIRET ou INTRACOM : .....  
Doit correspondre à l'adresse actuelle

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

## ADRESSE D'EXPÉDITION DES FACTURES / IDENTIFIANT CPP

À remplir si différente des coordonnées de l'employeur

Siret identifiant CPP : .....

Code service CPP : .....

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Nom/ Prénom : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

## MODALITÉS DE FACTURATION

La prestation donne lieu à l'établissement d'une facture, selon les conditions suivantes :

- Tout dosimètre préparé et envoyé par l'IRSN sera facturé qu'il soit retourné ou non pour traitement.
- Les dosimètres «**hors délais**» c'est-à-dire retournés au laboratoire plus de quatre (4) mois après la période de port, «**perdus**», «**non rendus**» ou «**détériorés**» c'est-à-dire ayant subi un dommage rendant l'un des éléments qui le compose inutilisable, feront l'objet d'une facturation supplémentaire.
- La facturation pourra être trimestrielle, semestrielle ou annuelle en fonction du montant à facturer.
- La prestation sera facturée suivant ce qui a été réalisé, à savoir en nombre de dosimètres fabriqués et expédiés, des frais d'envoi et des frais d'abonnement.
- Le règlement des sommes dues par le Client au titre des prestations dosimétriques, sera effectué à **rente (30) jours fin de mois de la date d'émission de la facture**.
- Le paiement est effectué selon l'un des moyens de paiement suivants :
  - Par prélèvement bancaire,
  - Par virement bancaire, au profit de :

### L'AGENT COMPTABLE DE L'IRSN

Trésor Public Paris - DRFIP

Banque 10071 - Code Guichet 75000

Compte N° 00001000548 - clé 85

IBAN : FR76 1007 1750 0000 0010 0054 885

BIC : TRPUFRP1

- Par carte bancaire, paiement en ligne sur [www.irsn.fr/fr/payerenligne](http://www.irsn.fr/fr/payerenligne) (seuls les paiements inférieurs à 1500 € sont acceptés).
- Par chèque bancaire adressé à :  
L'AGENT COMPTABLE DE L'IRSN  
BP 17 - 92262 Fontenay aux Roses Cedex

**LE FORMULAIRE D'ABONNEMENT, LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRESTATIONS, L'OFFRE TARIFAIRE, LE CALENDRIER PRÉVISIONNEL D'EXPÉDITION ET D'EXPLOITATION ET LE FORMULAIRE DE COMMANDE CONSTITUENT LE CONTRAT D'ABONNEMENT AU SUIVI DOSIMÉTRIQUE DU LABORATOIRE DE DOSIMÉTRIE DE L'IRSN.**

### POUR LE BÉNÉFICIAIRE :

Je certifie l'exactitude des informations mentionnées dans les différents documents constituant le contrat d'abonnement et m'engage à informer dans les meilleurs délais, le service client du Laboratoire de dosimétrie de l'IRSN, de tous changements relatifs aux différentes données. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'abonnement à la dosimétrie passive de l'IRSN. La signature du formulaire d'abonnement à la dosimétrie passive, vaut acceptation des conditions générales d'abonnement.

- Pièces à compléter et signer pour le traitement de votre dossier :
- Formulaire d'abonnement (2 pages)
  - Formulaire de commande
  - Bon de commande (si nécessaire)
  - Mandat SEPA (si nécessaire)

Nom, Prénom et Fonction du signataire :  
Visa précédé de la mention « **Bon pour accord** »

Fait à :

le :

### POUR L'IRSN :



M. OLIVIER CHABANIS,  
RESPONSABLE DU LABORATOIRE