Adecco Medical

CONTRAT DE MISSION
Exemplaire à retourner signé dans les 48h à votre agence QMS.

N° de contrat : XXXXX
Référence commande :
URSSAF : XXXXXXX XXXXXXXXXX XXX
NAF : XXXXXXX XXX

CLIENT Code : 485/3
Réf. :

HOPITAL XXXXXXX XXXXXXX
XXXXXXX XXXXXXX
XXXXXXX XXXXXXX
XXXXXXX XXXXXXX
XXXXXXX XXXXXXX
Nom du Poste:
Tél: XXXXXXX XXXXXXX

Représentée par: XXXXXXX XXXXXXX
SIRET: XXXXXXX XXXXXXX NAF: XXXXXXX
Personne à demander:
Service médical: SCE MEDICAL INTERNE

SALARIE N° de matricule : XXXXXXX
Réf. :
Délégué par: XXXXXXX XXXXXXX

XXXXXXX XXX
XXXXXXX XXXXXXX
XXXXXX
XXXXX XXXXXXX

Lieu de travail: CLAMART

Motif et justifications du recours: Remplacement (Absence)
Justifications précises: XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX

Durée de la Mission Du: 14/03/2009 Au: 15/03/2009 Terme précis Avancée 14/03/2009 ou reportée 17/03/2009
Report maxi autorisé jusqu'au surlendemain du retour de l'absent.
Horaires de travail: De 14H00 à 21H00 Période d'essai: 2 Jours

Rémunération de référence Base : XXXXX mensuel pour 151H67 Tx horaire: XXXXX

Caractéristiques particulières et risques professionnels du poste
Qualification demandée: INFIRMIER (H/F)
Tâches et risques du poste: XXXXXXX XXXXXXXXXXXX

Poste à risque (art.L231.3.1): NON Surveillance médicale spéciale: NON Poste soumis à intempéries: NON
Equipements individuels de sécurité: Blouse
///

Equipements collectifs

Rémunération du salarié

HEURES NORMALES	0,00
PR. NUIT/H SI TRAVAILLE	0,00
PR. DIMANCHE/H SI TRAVAIL	0,00
PR.J.FERIE/H SI TRAVAILLE	0,00
Majoration H. x 0,25	0,00
Majoration H. x 0,50	0,00
Indem.Jour Ferie/H	0,00

IFM à 0 ou 10% ICCP à 10%. NS: Non Soumis.

Conditions contractuelles (extrait): L'embauche par l'utilisateur à l'issue de la mission n'est pas interdite. Conformément aux dispositions de l'article L 1251-28 du code du travail, la résiliation du contrat à votre disposition ouvre droit au profit de Quick Médical Service, à des dommages et intérêts en fonction du préjudice subi. Vous certifiez être titulaire de tous les diplômes et autorisations nécessaires à l'exercice de la présente mission et acceptez la mission proposée aux conditions du règlement intérieur et des mentions portées au verso. Vous attestez être libre de tout engagement vis-à-vis d'un autre employeur, y compris de la fonction publique. Vous êtes tenu de garder une totale discrétion sur toutes les informations dont vous pourriez avoir connaissance à l'occasion de votre mission. Le paiement des frais professionnels est subordonné à la remise d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
Organisme de prévoyance : IREPS, 9 rue Baudoin, 75013 PARIS

Specimen

ADECCO MEDICAL
19-21 BOULEVARD VOLTAIRE
75011 PARIS
Tél.: 01.40.02.95.45
Fax.: 01.43.44.06.95
SIRET: 68200399101919 Dir.Rég.: 17
Médecine du travail
CMIE 14 PASSAGE BESLAY
75011 PARIS

Fait à PARIS
Le: 14/03/2009

Signature QMS :

Signature du salarié
Valant lecture et approbation du contrat et de ses conditions contractuelles.

QUICK MEDICAL SERVICE SAS au capital de 230 400 Euros - Siren N° 682 003 991 - RCS Lyon N° d'identification TVA : FR 06 682 003 991 - APE 7820Z Siège social : 7 rue Louis Guérin 69100 Villeurbanne
Direction Générale : 26 rue Bellecordière 69002 Lyon 6 - www.quickmedicalservice.fr Garant financier :CALYON 2 Rue du Président Carnot,BP 2438 69219 LYON CEDEX 02.-(Art L 1251-49 et s. du Code du Travail)-Adhére

Votre contrat de mission

Ce contrat doit être signé dans les 48 heures suivant le début de votre mission et pourra être renouvelé.
Chaque changement de situation doit être signalé à votre agence.

1. Renseignements concernant l'établissement dans lequel vous êtes en mission
2. Renseignements vous concernant
3. Service médical du travail dont dépend l'établissement dans lequel vous êtes en mission
4. Lieu exact d'exécution de votre mission
5. Raisons pour lesquelles l'utilisateur a recours à vos services
6. Qualification contractuellement convenue
7. Horaires de la mission
8. Durée de la mission
9. Période d'essai
10. Travaux à effectuer, matériel, conditions particulières, risques
11. Équipement individuel de sécurité
12. Indique si le poste est considéré comme poste à risque par l'établissement d'accueil. Si oui, celui-ci vous informera des mesures à prendre pour assurer votre sécurité
13. Salaire de base et différentes composantes de la rémunération du poste de travail confié
14. Montant détaillé de votre rémunération
15. Vous attestez être libre de tout engagement
16. Votre agence
17. Votre signature
18. Votre centre de médecine du travail