CNSA
Chambre Nationale des Services d'Ambulances

FICHE ADHERENT
CONDITIONS PARTICULIERES DROM-COM

Raison Sociale : .....

□ SARL □ EURL □ SAS □ SA □ SNC □ autre, précisez : .....

N° SIREN (obligatoire pour accès au site CNSA) : ..... Code APE : .....

N° SIRET : (1) ..... dpt : |__|__| (2) ..... dpt : |__|__| (3) ..... dpt : |__|__|

Nom & prénom du chef d'entreprise et fonction : .....

Adresse de l'entreprise : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Tél. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Courriel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Seriez-vous éventuellement disposé à représenter la CNSA auprès des instances locales (CODAMUPS, CDC, CPTS…)? ❑ oui ❑ non

Autre personne responsable : nom, prénom, fonction, téléphone et adresse courriel : ✆ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

.....

Courriel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre entreprise

Chiffre d'affaires annuel : ..... €

Nombre d'ambulances : |__|__| Nombre de VSL : |__|__| Nombre de taxis : |__|__| Nombre de TPMR : |__|__|

Effectif total salarial : |__|__|__| dont DEA/CCA : |__|__| dont auxiliaires ambulanciers : |__|__|

MONTANT DE LA COTISATION 2024 — Appelez Hélène au ✆ 01 43 27 56 74 !

Adhésion à la CNSA

Accès aux services et à l'Assemblée Générale — 450 €

TOTAL A PAYER — 450 € + 25 € * = 475 €

* *Adhésion FNTV 25 € - La CNSA adhère à la FNTV dont vous deviendrez membre de fait par votre cotisation.*

Paiement :

❑ Virement bancaire. Indiquez obligatoirement dans votre libellé votre code postal ainsi que le nom de votre entreprise.
IBAN : FR76 3000 3032 8000 0506 1616 486 - BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP – DOMICILIATION : SG - 57 RUE SERPENOISE - METZ

❑ Prélèvement bancaire en une seule fois ❑ du montant total de la cotisation, ou en 5 fois ❑ (*remplir le mandat joint à ce bulletin*)

❑ Carte bancaire *(lien envoyé sur demande ou disponible sur le site)*.

❑ Paiement par chèque(s) à établir à l'ordre de la CNSA et envoyer par voie postale à la Chambre avec une copie de la fiche adhérent

La présente cotisation sera renouvelée tacitement au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par courrier recommandé avec accusé de réception dans un délai d'un mois avant la date d'expiration soit le **30 novembre de l'année en cours AU PLUS TARD**.

Cachet, date et signature du responsable de l'entreprise :

Signature :

Date : _____ /_____ / 2024

Cachet de l'entreprise :

Nous vous remercions de la confiance que vous accordez à la Chambre par votre cotisation et votre adhésion. Vous confirmez votre solidarité et votre soutien pour la défense de votre profession, et bénéficiez d'une assistance constante des permanents, des élus et des prestataires extérieurs.
Cordialement, Le Président Dominique HUNAULT

57 rue de Turbigo 75003 PARIS - 01 43 27 56 74 - cnsa@cnsa-ambulances.com - www.cnsa-ambulances.com

AFTRAL AXA CNM fntv KLESIA KPMG orange Business Services UFT