

CPAM DU VAL-DE-MARNE

93-95 Avenue du Général de Gaulle
94031 CRETEIL CEDEX

Contact mail : rps-ts.cpam-val-de-marne@assurance-maladie.fr

Nom de l'entreprise taxi / Raison Sociale :	N° d'identification : 941 -----
Forme juridique de l'entreprise :	N° SIRET :
Adresse complète :	Téléphone : Adresse mail :
Nom (s) et prénom (s) du ou des gérants ou du locataire-gérant :	En cas de location-gérance ou de SCOP, nom du titulaire de l'ADS :

Important ! Veuillez mentionner ci-dessous **tous** les véhicules et les conducteurs de votre société.

Possédez-vous un TAXI DE REMplacement ?	Si oui, précisez son immatriculation :

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal de l'entreprise de taxi) atteste de la véracité des informations indiquées dans la présente annexe.

Je m'engage à informer la caisse d'Assurance Maladie de tout changement affectant ces informations dans les conditions visées aux articles 4 et 5 de la convention type locale.

Fait à, le ... / ... / ...

Signature du représentant de l'entreprise