

**Contact mail :** [rps-ts.cpam-val-de-marne@assurance-maladie.fr](mailto: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.**

[illegible]

<b>Possédez-vous un TAXI DE REMPLACEMENT ?</b>	<b>Si oui, précisez son immatriculation :</b>

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