



BULLETIN D'ADHESION OPTION CONVENTIONNELLE GEOLOCALISATION ET TRANSPORT PARTAGE

Ce document est à remplir par le représentant légal de l'entreprise de transport sanitaire (au sens numéro SIREN), qui l'adresse en double exemplaire à la CPAM du lieu de son siège social, qui lui en retourne un exemplaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Identification de l'entreprise

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Représentant(e) légal(e) de l'entreprise,

DENOMINATION SOCIALE :

NUMERO SIREN :

NUMERO D'IDENTIFICATION ASSURANCE MALADIE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse du siège social :

.....

.....



- déclare avoir équipé tous les véhicules (ambulances et VSL) de l'entreprise en matériel informatique embarqué en état de fonctionnement, conforme au cahier des charges dont les principes sont décrits dans l'annexe III de l'avenant 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés ;
- m'engage à envoyer des données de géolocalisation selon les modalités conformes au cahier des charges ;
- déclare adhérer à l'option conventionnelle et m'engage à en respecter les dispositions prévues à l'article 3 et à l'annexe II de l'avenant 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

Cachet de l'entreprise
de l'entreprise

Signature du représentant légal

Date :

Accusé de réception de la CPAM de Bayonne

Adhésion enregistrée le à effet du

Adhésion non enregistrée – motif du rejet :

.....
.....
.....
.....

Cachet de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de Bayonne

Date :