



Chambre Nationale des Services d'Ambulances

FICHE ADHERENT
Complétez une fiche pour chaque entreprise

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 TPMP : |__|__|

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

MONTANT DE LA COTISATION 2025

Cotisation obligatoire – devenez adhérent de la CNSA (accès à l'AG, observatoire KPMG, et aux tarifs préférentiels Orange & SFR) **170 €**

+ une adhésion services
(donnant droit d'accès aux services de la CNSA : newsletter, site internet, accès base de données, chaîne YouTube, webinars, conseil et suivi juridiques, séminaires, observatoire KPMG, tarifs préférentiels Orange & SFR...)

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

Pour les cotisations multi-entreprises, appelez Hélène au 01 43 27 56 74 !

- Votre CA est ≤ à 1 000 000 €, la cotisation est de **700 €**
- Votre CA est ≥ à 1 000 001 € et ≤ à 3 000 000 €, la cotisation est de **1 200 €**
- Votre CA est ≥ à 3 000 001 €, la cotisation est de **2 000 €**

TOTAL A PAYER **170 € + 50 € * + _____ € = _____ €**

* Adhésion FNTV 50 € - 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 1^{er} 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 :

Cachet de l'entreprise :

Date : _____ / _____ / 2025

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 HUNAUT

