



# BULLETIN D'ADHÉSION 2015

- Vous souhaitez être **acteur** de la **réforme du transport sanitaire** et contribuer aux **expérimentations innovantes** menées avec les hôpitaux et centres de soins ?
- Vous souhaitez **soutenir** une organisation qui construit le **transport sanitaire de demain** et recentre la mission des professionnels au coeur de la chaîne de soins ?
- Vous souhaitez **bénéficier** de la force d'une organisation professionnelle active et réactive sur les principaux sujets qui vous préoccupent ?
- Vous souhaitez **partager vos expériences**, enrichir votre connaissance, devenir **performant et innovant** ?

## REJOIGNEZ LA FNTS

Prénom et Nom .....

Raison sociale .....

Souhaite adhérer à la Fédération Nationale des Transporteurs Sanitaires.

Montant de la cotisation annuelle FNTS :

Nombre de Salariés	Cotisation FNTS 2015
De 1 à 4 salariés	478 €
De 5 à 9 salariés	499 €
De 10 à 29 salariés	551 €
De 30 à 40 salariés	620 €
De 40 à 50 salariés	676 €
De 50 à 100 salariés	733 €

Montant de votre cotisation 2015..... €

Pour que votre adhésion soit prise en compte, votre bulletin d'adhésion doit être accompagné d'un chèque du montant de la cotisation établi à l'ordre de la FNTS.

Date et signature du Chef d'Entreprise

Cachet de l'entreprise

FEDERATION NATIONALE DES TRANSPORTEURS SANITAIRES

19, allée du Moura – 64 200 BIARRITZ - Tél. 05.59.23.29.00 - Fax : 05.59.23.72.93 - Mail : secretariat@fnts.org



## INFORMATIONS ADHÉRENT 2015

Prénom et Nom .....

Raison sociale .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Email : (Obligatoire).....

Forme juridique :  EURL  SARL  SA  Autre .....

Nombre de salariés : ..... dont ..... emplois A (Auxiliaire) et ..... emplois B (DEA)

Nombre de véhicules :  Ambulances .....  VSL .....

Nombre d'établissements secondaires : .....

Autres activités :  Vente matériel médical  
 Taxi  
 Transports funéraires  
 Autre (Préciser) : .....

Etes-vous certifié ISO 9001-2000 ?  Oui  Non  En cours

Etes-vous adhérent à un syndicat départemental ?  Oui  Non

Avez-vous une fonction spécifique dans votre syndicat départemental ?

Oui (préciser).....  Non

Etes-vous adhérent à l'association des urgences dans votre département (ATSU ou autre) ?

Oui  Non

Si oui, avez-vous une fonction spécifique dans cette association ?

Oui (préciser).....  Non

Date et signature du Chef d'Entreprise

Cachet de l'entreprise