

☐ Renouvellement

☐ Nouvelle adhésion

☐ **Société principale Cotisation annuelle 690 €**

Nom et prénom du ou des dirigeant(s) \_\_\_\_\_

(Tels que figurant sur vos documents K Bis ou Répertoire des Métiers à fournir pour toute nouvelle adhésion)

Raison Sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

N°SIRET : \_\_\_\_\_

Effectif total salarial :

Nombre d'ambulances :

Nombre de VSL :

Nombre de taxis :

Nombre de TPMR :

☐ **Société complémentaire 1 Cotisation annuelle 110 €**

Nom et prénom du ou des dirigeant(s) \_\_\_\_\_

(Les sociétés supplémentaires doivent avoir les mêmes dirigeants que la première)

Raison Sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

N°SIRET : \_\_\_\_\_

Effectif total salarial :

Nombre d'ambulances :

Nombre de VSL :

Nombre de taxis :

Nombre de TPMR :

☐ **Société complémentaire 2 Cotisation annuelle 110 €**

Nom et prénom du ou des dirigeant(s) \_\_\_\_\_

(Les sociétés supplémentaires doivent avoir les mêmes dirigeants que la première)

Raison Sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

N°SIRET : \_\_\_\_\_

Effectif total salarial :

Nombre d'ambulances :

Nombre de VSL :

Nombre de taxis :

Nombre de TPMR :

## MONTANT DE LA COTISATION 2026

<b>Cotisation annuelle société principale</b> Votre cotisation inclut l'adhésion à la FNTR 50 €		<b>690 €</b>
<b>Cotisation annuelle société(s) complémentaire(s)</b> Formulaire à compléter pour chaque société supplémentaire	Nombre : ..... X 110 € =	<b>€</b>
<b>TOTAL A PAYER</b>		<b>€</b>

### PAIEMENT : merci de cocher votre mode de règlement

☐ **J'OPTÉ POUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**

- ☐ 1 prélèvement en février
- ☐ 3 prélèvements en février, mars et mai
- ☐ 6 prélèvements en février, mars, avril, mai, juin et juillet

→ Remplir et signer l'autorisation de prélèvement SEPA et retourner le tout accompagné d'un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL pour chaque société.

Prélèvement automatique : l'adhésion sera renouvelée tacitement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sauf en cas de résiliation avant le 31 octobre de l'année en cours.

☐ **J'OPTÉ POUR LE VIREMENT BANCAIRE (indiquer le nom de votre société et le code postal)**

**IBAN : FR76 1820 6000 0665 0534 5712 025**

☐ **J'OPTÉ POUR LE REGLEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE** Possibilité de paiement en 3 fois à condition de joindre les 3 chèques avec le bulletin (chèques débités à un mois d'intervalle)

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**Date, signature du responsable  
et cachet de l'entreprise**

Formulaire à compléter et à retourner avec votre paiement à [secretaire@fnap.fr](mailto:secretaire@fnap.fr) ou par courrier à la FNAP 9, rue des Petits Hôtels, 75010 Paris  
Pour tout renseignement complémentaire, veuillez nous contacter au 01 80 91 88 10

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le mandat de prélèvement SEPA est le document officiel qui l'autorisation de prélèvement au niveau européen. En signant ce mandat, vous autorisez :

- La Fédération Nationale des Ambulanciers Privés (FNAP) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FNAP

**Important : Merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**

### DESIGNATION DU CREANCIER

FEDERATION NATIONALE DES AMBULANCIERS PRIVES  
9 RUE DES PETITS HÔTELS  
75010 PARIS

Identifiant Créancier SEPA : **FR57ZZZ396393**

### INFORMATIONS DU PAYEUR

Société : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

N° et rue : \_\_\_\_\_

Code Postal et ville : \_\_\_\_\_

#### Compte bancaire à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) : \_\_\_\_\_

Code international d'identification de votre banque (BIC) : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence du mandat : cotisation syndicale FNAP

Type de paiement : récurrent

Nous vous rappelons que vous bénéficiez de droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à :

Date :

Signature :