

Démarche : Fichier PS : Taxi - changement de coordonnées bancaires
Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email	
Etablissement SIRET	
Dénomination	
Forme juridique	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au taxi de transmettre les justificatifs obligatoires et d'informer la CPAM de la Manche d'un changement de coordonnées bancaires

Identification du transporteur :

Dans quel département est située votre entreprise ?

Indiquez le département de votre entreprise

N° assurance maladie

Référence qui nous permet de vous identifier lors de la facturation
Numéro composé de 9 caractères

Nom de l'entreprise

Adresse

Email

Téléphone

Fichier PS : Taxi - changement de coordonnées bancaires

Nom du contact

Administratif

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Relevé d'Identité Bancaire

RIB

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa