

COORDONNEES DE L'ENTREPRISE

DÉNOMINATION	<input type="checkbox"/> EURL - <input type="checkbox"/> SARL - <input type="checkbox"/> SAS - <input type="checkbox"/> Autre (à préciser)
REPRÉSENTANT LÉGAL	Mme/Mr. _____ <input type="checkbox"/> également gestionnaire de transport
N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE	
CODE NAF	

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT

ADRESSE	
CODE POSTAL - VILLE	
PORTABLE	
TÉLÉPHONE	
MAIL	

INFORMATIONS

NOMBRE DE SALARIÉS (AU 31.12.22)	
NOMBRE DE VÉHICULES :	
MESSAGERIE/MARCHANDISES	VL <input type="checkbox"/> < 3T 5 <input type="checkbox"/> >3T5 <input type="checkbox"/>
BUS/CARS DE TOURISME	<9 places <input type="checkbox"/> 9-22 places <input type="checkbox"/> >22 places <input type="checkbox"/>
SPÉCIALISATION DE L'ENTREPRISE	<input type="checkbox"/> Marchandises générales <input type="checkbox"/> Déménagements <input type="checkbox"/> Sanitaires <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Messagerie <input type="checkbox"/> Transport de fonds et valeurs <input type="checkbox"/> Animaux vivants <input type="checkbox"/> Commissionnaire de transport <input type="checkbox"/> Autre(s) (à préciser) <input type="checkbox"/> International (précisez les pays) _____ _____ _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Qui rédige les salaires ?	<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Cabinet comptable <input type="checkbox"/> Prestataire
Date dernières élections CSE (ex DP)	
Avez-vous une Mutuelle santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de la Mutuelle : _____
Acceptez-vous que l'on communique vos coordonnées à nos partenaires ?	<input type="checkbox"/> OUI - partenaires locaux <input type="checkbox"/> OUI - partenaires nationaux <input type="checkbox"/> NON

COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI A RENSEIGNE CETTE FICHE

Mme/Mr. _____ certifie exact les renseignements indiqués supra.

Fait à _____, le _____

SIGNATURE & CACHET COMMERCIAL