



## *Chambre Syndicale Des Taxis Béarn / Pays Basque UNT 64*

Chambre Synd. des Taxis Béarn/Pays Basque  
C/O CMA 64  
25 boulevard Aritxague  
64100 Bayonne  
Courriel : [contact@unt64.fr](mailto:contact@unt64.fr)  
<http://www.unt64.fr>

Bayonne, le 19 Janvier 2020

Cher(e) Collègue,

Comme chaque année, nous procédons à l'appel de la cotisation.

Au titre de l'année 2020, celle-ci est arrêtée à 180 € par entreprise.

Pour les nouveaux adhérents disposant d'une seule ADS, une cotisation de bienvenue est établie pour la première année à 90 €.

**Merci de remplir obligatoirement la fiche de renseignement** ci jointe afin de mettre à jour toutes vos informations, et nous donner l'autorisation de communiquer vos coordonnées téléphoniques UNIQUEMENT à nos partenaires, cela est essentiel pour nous afin d'obtenir des partenariats. (Nous limiterons bien évidemment cela autant que possible)

Le règlement peut s'effectuer par chèque ou par virement bancaire.

Je vous ferai parvenir votre reçu dès réception.

N'hésitez pas à me faire part de vos problèmes, à me demander des informations ; dans la mesure de mes moyens, je vous répondrai.

Avec tous mes remerciements et dans l'attente, recevez Cher(e) Collègue, mes salutations amicales.

Le Président,

Baptiste ONDARTS

**Bulletin à RETOURNER A :**

Chambre Syndicale des Taxis Béarn Pays Basque  
C/O Chambre de Métiers et de l'Artisanat  
25 Bd Aritxague - 64100 Bayonne

# BULLETIN de COTISATION 2020

## ou demande de première adhésion

**Vous :**  Mme  M.

NOM : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Mail : ..... @ .....

N° carte professionnelle : .....

**Entreprise individuelle**

**Société**

Raison sociale de l'entreprise :

.....

N° SIREN : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Adresse du siège social:

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| - Portable : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Nombre d'A.D.S Taxi : |\_|\_|\_| Nombre de salariés : |\_|\_|\_|

Nombre de véhicules de l'entreprise (inclus: Taxi, LOTI, VSL, Ambulances...): |\_|\_|\_|

N° d'autorisation et commune de rattachement de chaque taxi :

.....

.....

Je n'autorise pas la CSTBPB à communiquer mes coordonnées professionnelles **uniquement** aux partenaires de la CSTBPB.

### Montant de cotisation à la CSTBPB

Adhésion 1 an = 180,00 €

Adhésion 1 an Nouvel adhérent 1ère année = 90,00 €

Adhésion 1 an Membre honoraire = 20,00 €

Règlement par |\_| Chèque N° ..... Banque .....

Fait à .....

Signature + cachet

Le .....