

# BULLETIN DE SOUSCRIPTION

(MUGAS-ACCIDENT)

REFÉRENCES																	
<b>IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT</b>							<b>RÉSERVÉ A LA MUGAS-CI</b>										
Nom et prénom(s) : .....																	
Date et lieu de naissance : .....																	
N° de téléphone (mobile) : .....																	
Adresse e-mail : .....																	
Boîte postale : .....																	
AYANTS DROIT																	
N°	NOM	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	SEXE	CODE Loc.	C F										
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
COTISATION																	
Montant de la cotisation mensuelle : (en lettres) .....							U										
Montant de la cotisation : (en chiffres) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> PCFA																	U
Mode de paiement (1): <input type="checkbox"/> Précompte à la source <input type="checkbox"/> Chèque (2) <input type="checkbox"/> Virement (2)																	
SOUSCRIPTION							CACHET ET SIGNATURE										
DATE DE SOUSCRIPTION																	
<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
L'ADHÉRENT « MUGAS-ACC »																	
Après avoir pris connaissance des conditions générales du contrat « MUGAS-ACC » dont j'ai reçu copie, je déclare par la présente y adhérer conformément à mes déclarations ci-dessus.																	
SIGNATURE Précédé de la mention «lu et approuvé »																	
Fait à .....le ...../...../.....																	

**Siège social : Yopougon Pharmacie Keneya immeuble BNI au 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage**

**E-mail : [mugas-ci2020@gmail.com](mailto:mugas-ci2020@gmail.com) – Adresse : 21 BP 1669 Abidjan 21**

**Tel : 27 21 33 36 83 - 27 21 33 36 89 / Cel : 07 79 75 63 60 - 05 96 56 02 47 - 01 02 78 78 39**

**Mutuelle sociale immatriculée N° 1A/0442021/CI**

**« La solidarité et l'entraide au cœur de notre corporation pour un avenir radieux »**