

REFÉRENCES																	
IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT							RÉSERVÉ A LA MUGAS-CI										
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																	
Mode de paiement (1): <input type="checkbox"/> Précompte à la source <input type="checkbox"/> Chèque (2) <input type="checkbox"/> Virement (2)							U										
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-PHARMA-COM »																	
Après avoir pris connaissance des conditions générales du contrat « MUGAS-PHARMA-COM » 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 àle/...../.....																	