

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

(MUGAS-PREVOYANCE-ASCENDANTS)

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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>															
L'ADHÉRENT « MUGAS-PREV-ASC »															
Après avoir pris connaissance des conditions générales du contrat « MUGAS-PREV-ASC » 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/...../.....															

Siège social : Yopougon Pharmacie Keneya immeuble BNI au 1^{er} et 2^{ème} étage

E-mail : mugasci2020@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 »