

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

(MUGAS-PREVOYANCE)

| 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></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></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| L'ADHÉRENT « MUGAS-PREV » | | | | | | | | | | | | | | | |
| Après avoir pris connaissance des conditions générales du contrat « MUGAS-PREV » 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 »