

NOUVEAU(X) MEMBRE(S) A ASSURER

	<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>rue</i>	<i>n°</i>	<i>Code</i>	<i>Ville</i>	<i>Fonction</i>	<i>naissance</i>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

PERSONNE(S) A SUPPRIMER

<i>Réf.</i>	<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>

CHANGEMENT(S) D'ADRESSE

<i>Réf.</i>	<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>rue</i>	<i>n°</i>	<i>code</i>	<i>Ville</i>

Les documents concernant l'assurance sont envoyés à :

Dorénavant, ils seront à envoyer à :

.....

.....

Fait à, le

Signature

Responsable « assurance » Tél. privé :/..... GSM :/..... Tél. travail :/.....