



**CAISSE MÉDICO-
COMPLÉMENTAIRE
MUTUALISTE**

SERVICE AFFILIATION

A rappeler dans toute correspondance

Matricule CMCM :
Gestionnaire : Monique Weber
Tél. : 49 94 45-251

CONCERNE

FORMULAIRE DE TRANSFERT

RÉSERVÉ À L’AFFILIÉ

Je soussigné(e)

Nom _____ Prénom _____

Domicile _____ Rue et No. _____

Date de Naissance _____ Tel. _____

Matricule de la CMCM _____

Membre de la Mutuelle _____

Déclare vouloir adhérer à la Mutuelle : _____

Fait à _____ le _____

Signature