

Bulletin d'adhésion

Yaoundé/Cameroun 699743206

1. Type de membre			
Membre fondateur	Membre ordinaire		РНОТО
Numéro du Mutualiste :		(A Remplir par le SG)	
	_	sur votre identité ocopie d'une pièce d'identité accepté	e ¹ .
Sexe Féminin	Masculin		
Nom(s) & Prénom (s) (tel qu'indic	ηué sur la pièce d'identité ac	ceptée)	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lieu de naissance	Numéro pièce d'identité	
Année fin Etudes à l'IAI (MM/AAA	A)	Filière	
	Adresse de corres ostale complète, pour	spondance recevoir notre correspondance.	
Ville		Province, territoire ou Etat	Boite postale
Email		Numéro de téléphone	Autre numéro de téléphone
4. Personne à contacter Déclarez l'identité de votre conjoint ou toute autre personne à contacter en cas de problème.			
Sexe Féminin	Masculin		
Nom(s) & Prénom(s) - Relation a	vec la personne		
Numéro de téléphone		Email	

5. Déclaration

Je déclare:

- Souhaiter devenir membre de la Mutuelle CCEN;
- N'avoir fourni que des renseignements et des documents lisibles, exacts et véridiques ;
- Que j'aviserai le Bureau Exécutif de la Mutuelle de tout changement aux réponses indiquées dans ce formulaire.

Je reconnais:

• Avoir reçu un exemplaire des statuts et règlement intérieur de la mutuelle, dont j'ai pu prendre connaissance.

Je m'engage:

• A respecter toutes les obligations des membres de l'association qui figurent dans les statuts et règlement intérieur de la « Mutuelle CCEN ».

J'autorise je n'autorise pas

La publication de ma photo sur les différents supports de l'Association.

♦ En foi de quoi, j'ai signé à

Ville Pays Date (JJ/MM/AAAA)

◆ Signature

Mutualiste

1: Passeport / Carte de séjour/ Carte Nationale d'identité