

Demande d'admission MEMBRE D'HONNEUR

Indications

Membre

Conjoint

Date de la demande: _____

NOM _____

Prénom _____

Adresse (no / rue) _____

Localité L- _____

Matricule nationale _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Etat civil Célibataire / marié(e) / divorcé(e) (biffer ce qui ne convient pas)

Date du mariage _____

Compte bancaire IBAN _____

Etes-vous déjà affilié(e) à la CAISSE MEDICO-CHIRURGICALE MUTUALISTE par les soins d'une autre société de base ? OUI / NON (biffer ce qui ne convient pas)

Par ma signature j'autorise l'Association précitée .

- de répertorier sur ordinateur les données nécessaires pour la gestion des membres (*article 15 de la loi du 31 mars 1979 réglementant l'utilisation des données nominatives dans les traitements informatiques autorisant les Associations de tenir le répertoire de leurs membres sous forme d'une banque de données*)

- de procéder au recouvrement des cotisations annuelles dues par encaissement automatique en ce qui concerne les CCPL.

La première cotisation de 7 Euro est à verser individuellement au Cpte IBAN LU60 1111 0218 3207 0000.

Signature