



AUTORISATION DE PRECOMPTE

JE SOUSSIGNE

Mme

Mlle

M.

Nom :

IDENTIFIANT

Prénoms :

--	--	--	--	--	--	--	--

Né (e) le : / / A :

Pièce d'Identité : CNI Passeport Autre(à préciser) :

Numéro : Etablie le : / / A :

Situation matrimoniale : Contacts :

Emploi : Poste : Localité :

POUR AVOIR SOUSCRIT AU PRODUIT

MA'SOLIDARITE PLUS

MA'SANTE

Autorise de
à précompter mensuellement sur mon salaire et au bénéfice de la MAECI, le montant suivant :

Montant de la cotisation : (en lettre)

En chiffres FCFA, à compter du

Ce pour une durée d'au moins un an, renouvelable au
1^{er} Janvier de chaque année par tacite reconduction.

Signature de l'adhérent

Signature de l'adhérent