



## 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<sup>er</sup> Janvier de chaque année par tacite reconduction.

Signature de l'adhérent

|                         |
|-------------------------|
| Signature de l'adhérent |
|                         |