

FORMULAIRE D'ADHÉSION

SOUSCRIPTEUR

Nom :

Prénom(s) :

Numéro CNI :

Tél. : E-mail :

Résidence :

Photo du
bénéficiaire
(Facultatif)

BÉNÉFICIAIRE

☐ Mme

☐ Mlle

☐ M

Numéro d'Identification

Nom et prénom(s)

Date et lieu de naissance

Numéro CNI

Lieu de résidence

Date d'inscription

Fin de carence

Somme payée : Droit d'inscription : ☐ 7000 frs CFA

Cotisation annuelle : ☐ 2000 frs CFA

Traitement et kits d'inscription : ☐ 1000 frs CFA

Ayants-droit désignés par ordre de priorité

Contacts

01		
02		
03		

NB : La double inscription d'un même bénéficiaire est formellement interdite ; sa découverte annule la plus récente. Toute fausse déclaration annule l'inscription.

Conseiller *Diphita Prévoyance*

Fait à Abidjan, le...../...../ 20....

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

Précédée des noms et prénom(s)

VISA DU BUREAU EXECUTIF

Cachet, nom, prénom(s) et contacts