

## Partenariat

# MSA SERVICES POITOU / MUTUALIA



Je soussigné,

Nom :	_____
Nom de Jeune Fille :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Lieu de naissance :	_____
Adresse :	_____
CP :	_ _ _ _ _
Commune :	_____
Tél.	_ _ _ _ _ _ _ _ _
E-mail :	_____
Matricule :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**Déclare sur l'honneur bénéficier à ce jour d'un contrat de complémentaire santé auprès de MUTUALIA.**

**A ce titre, j'ai bien noté que je bénéficie d'un tarif préférentiel pour mon inscription aux Ateliers Bien Vieillir dispensés par l'Association de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires de Poitou-Charentes, et que le différentiel de cotisation sera réglé pour mon compte directement par MUTUALIA.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du participant :