Avis de modification des délégués



Contrat n°:	Employeur:
Membre sortant au:	Membre sortant au:
Représentant:	Représentant:
\square de l'employeur \square des assurés	\square de l'employeur \square des assurés
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Nouveau membre désigné	Nouveau membre désigné
Représentant:	Représentant:
. ☐ de l'employeur ☐ des assurés	☐ de l'employeur ☐ des assurés
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Rue:	Rue:
NPA, localité:	NPA, localité:
Téléphone:	Téléphone:
E-mail:	E-mail:
Date de naissance:	Date de naissance:
Lieu et date:	
O'con a bone	
Signature:	



