

Questionnaire mutuelle complémentaire santé « communale »

Madame, Monsieur,

Adresse

07120 SAMPZON

Tél. :

Adresse courriel :

Pourrait être **éventuellement** intéressé(e) par la souscription d'une mutuelle complémentaire santé « communale » :

Nom(s), prénom(s), date(s) de naissance, profession(s) de la (des) personne(s) à couvrir :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

A Sampzon, le 2019

Signature

A retourner en mairie avant le 31 janvier 2019.