

Fiche Administrative Adhérent

 Code : PR2FR05
 Version : 01
 Date : 24/06/2022
ADHERENT

Nom :	SERHANI	Prénom :	MOHAMED
Adresse :	39 RESID BEN SERGAO AL JADIDA - AGADIR	N° CIN :	B 418 275
Sexe :	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Situation de Famille :	M
Fonction actuelle :	RETRAITÉ	Date de Naissance :	30/01/1957
Date d'entrée en fonction :	9	Matricule :	4483
N° GSM:	0668037656	Tél FIXE:	
Email:	moh.Serhani.7@gmail.com		

BENEFICIAIRE (S) DE LA COUVERTURE

(CC) Conjoint (s)	Code	Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Profession	
	CC 1	Gueppap	F	02/01/1957	SANS	
	CC2	RABIA				
	CC3					
	CC4					
(E) Enfant (s)	Code	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Scolarisé (e)	Célibataire
	E 01				OUI	OUI
	E 02	/			OUI	OUI
	E 03	/			OUI	OUI
	E 04	/			OUI	OUI
	E 05				OUI	OUI
	E 06				OUI	OUI
	E 07				OUI	OUI
	E 08				OUI	OUI
	E 09				OUI	OUI
	E 10				OUI	OUI

DECLARATION DE L'ADHERENT

Prière de répondre explicitement à toutes les questions

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

Profession : *SANS*

Bénéfice-t-il d'une Couverture Médicale ou d'assistance ? Oui Non

Auprès de quelle Compagnie ou Organisme ? */*

Bénéfice-t-il d'une Couverture Complémentaire Oui Non

Est-il affilié à la CNSS (si oui mentionner le N°) : Oui Non - Numéro :

Est-il affilié à la CMR (si oui mentionner le N°) : Oui Non - Numéro :

Je déclare sur l'honneur exactes et sincères les réponses ci-dessus.

Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux dispositions en vigueur.

Fait à *Agadir* Le *22/06/21*

Signature de l'Adhérent.

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Lu et approuvé / *[Signature]*