



Bulletin d'Adhésion Mutuelle des Douanes et Impôts Indirects

Je soussigné(e)

Nom & Prénom :

Adresse Personnelle :

Date de Naissance : Date Recrutement :

N° CNIE : Mle / N° CNT :

Organisme Employeur : Situation de famille :

Renseignement sur le(s) Conjoint(s) à charge

Nom Prénom :

Date Naissance : Date Mariage :

N° CNIE : Profession :

Organisme Employeur :

Renseignement sur les enfants à charge

Rang	Prénom	Date Naissance	N° CNIE Enfant plus de 16ans
.....
.....
.....
.....

L'assuré	L'Employeur
J'accepte que les cotisations (secteur mutualiste et Assurance Groupe Décès) soient Prélevées sur mes émoluments au profit de la mutuelle des Douanes et impôts indirects à partir du	Je soussigné(e) Atteste que : Nom Prénom : Est bien employé dans mes services depuis le..... Est qu'il (elle) occupe actuellement le grade de
Date :	Date :
Signature :	Signature et cachet :

Joindre à la présente demande :

- une copie de la CIN
- Un état d'engagement
- deux photos
- un spécimen de chèque barré