

COMITE DEPARTEMENTAL
DES ŒUVRES SOCIALES DU PERSONNEL
DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
DES ALPES-MARITIMES
ET DE LEURS ETABLISSEMENTS
Siège Social: MAIRIE d'ANTIBES

C. D. O. S.

BULLETIN D'ADHESION

N° de Sécurité Sociale / ... / / / / / /

Je soussigné(e),

.....
NOM NOM de JEUNE FILLE

.....
PRENOMS / /
Date de Naissance

Domicilié (e) à /...../.....
N°

.....
Complément d'adresse

/...../...../...../...../...../.....
Code Postal Ville

Téléphone:-.....-.....-..... Portable:-.....-.....

Mail:@.....

RETRAITE INDIVIDUEL (cocher la case correspondante)

Administrations :

de :

Grade (facultatif):

Demande mon adhésion à compter du/...../..... au C.D.O.S. conformément aux statuts et règlements de l'Association.

Par ailleurs, je souhaite régler mes cotisations semestriellement par :

CHEQUE

PRELEVEMENT BANCAIRE

(cocher la case correspondante)

Je m'engage à informer le CDOS de toute modification sur ma situation familiale dans les 2 mois qui suivront l'évènement.

Fait à Le/...../.....

Signature :

R.I.B. à fournir OBLIGATOIUREMENT (nécessaire au remboursement des prestations)
+ Joindre photocopie du bulletin d'adhésion à la M.N.T. ou de la carte M.N.T.

Adresse: Galerie "Le Sélino" - 14/16 Avenue Robert Soleau - 06600 ANTIBES
Tél. : 04 97 21 74 01 Fax : 04 93 34 51 30 Mail : info@cdos-06.com Site : www.cdos-06.com

L I S T E D E S A Y A N T S-D R O I T (1)

NOM : **PRENOM :**

RANG NE (e) le : /...../...../...../
/..../
/..../

QUALITE (1) :

NOM : **PRENOM :**

RANG NE (e) le : /...../...../...../
/..../
/..../

QUALITE (1) :

NOM : **PRENOM :**

RANG NE (e) le : /...../...../...../
/..../
/..../

QUALITE (1) :

NOM : **PRENOM :**

RANG NE (e) le : /...../...../...../
/..../
/..../

QUALITE (1) :

- * (1) **QUALITE :**
- | | |
|---------|----------------------|
| (CNS) | Conjoint non Salarié |
| (CS) | Conjoint Salarié |
| (E à C) | Enfants à charge |
| (MA) | Membres Associés |