

# Mutuelle de L'Enseignement Supérieur

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie

Université Cheikh Anta DIOP

BP : 15408 Dakar-Fann

## Fiche d'Adhésion

Prénoms : .....

Nom : .....

Grade : .....

N° matricule : .....

Statut : **ENSEIGNANT/CHERCHEUR**

Etablissement.....

Adresse domicile : .....

N° tél. : .....

E. Mail : ....

Prénoms et Noms	Date et Lieu de Naissance
1- Assuré Principal : .....	.....
2- Epouse 1:.....	.....
3- Epouse 2 :.....	.....
1- Enfant .....	.....
2- Enfant :.....	.....
3- Enfant : .....	.....
4- Enfant : .....	.....
5- Enfant : .....	.....
6- Enfant : .....	.....
7- Enfant : .....	.....
8- Enfant : .....	.....
9- Enfant : .....	.....

Je soussigné (e) ....., atteste que les personnes ci-dessus désignées font partie de ma famille et je demande mon adhésion au bénéfice du produit « **remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques** ».

-----  
Prénoms : ..... Grade : .....

Nom : ..... N° matricule : .....

Adresse : .....

### ORDRE DE PRELEVEMENT

Monsieur l'Agent Comptable est prié de prélever de mon salaire les sommes de FCFA.10000 (code 882) et 6120 (code 876) au profit de la Mutuelle de l'Enseignement Supérieur, représentant mon adhésion et ma cotisation au produit « **remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques** ».

Fait à Dakar, le..... Signature de l'Adhérant