

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 : **PATS**

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 **4320.**(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'Adhérent