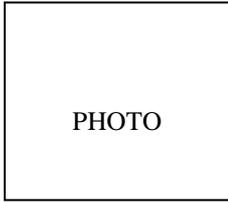




MUTUELLE D'APPUI ET SOUTIEN AUX JEUNES POUR LE DEVELOPPEMENT

Loi n°2011-009 du 12 mai 2011

Agrément N°243/MEF/CAS-IMEC modifié par arrêté N°104/MEF/SG/CAS-IMEC DU 29 MAI 2018-Enregistrement N°T/1/GFLM/2010/232A



DEMANDE D'ADHESION

N° de Compte :

Personne de contact Mutuelle ASJD.....

Je soussigné(e) _____ Epse _____

(Nom et prénoms)

Profession _____ Date et lieu de naissance _____

Sexe : Masculin Féminin

Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) veuf (Ve) Divorcé(e)

Fils de _____ et de _____

Adresse domicile : Ville _____ Quartier _____ Maison _____

_____ Tél. _____ Cel. _____ d _____

Adresse service : _____

Tél. _____

Numéro Carte d'Identité ou Passeport (le cas échéant) _____

Rythme d'Epargne mensuel...../ Hebdomadaire...../ Journalière.....Montant.....

Banque.....N°COMPTE.....

Sollicite mon adhésion à la Mutuelle d'Appui et de Soutien aux Jeunes pour le Développement (Mutuelle ASJD)

Je m'engage à respecter ses statuts, règlements et les décisions d'administration, à défendre les intérêts de la Mutuelle et à être toujours loyal(e) envers elle.

NB: On ne peut procéder à la fermeture du compte qu'après une durée de deux(2) ans au moins à compter de la date d'ouverture.

VERSEMENTS INITIAUX

Droit d'adhésion _____

Part sociale _____

Dépôt _____

Total =====

Fait à _____, le _____

Signature

DECISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle AS.J.D réuni le _____
approuve, met en instance, rejette, la présente demande (1) _____

Le nouveau membre est inscrit au registre des membres sous le n°. _____

(1) Rayer les mentions inutiles et préciser les raisons de la mise en instance et du rejet sur la ligne en dessous.

Le Président du C/A

HERITIER DESIGNE

En cas de décès, j'autorise la Mutuelle AS.J.D à déduire de mes avoirs tout ce que je lui dois y compris la liquidation de la caution le cas échéant. Par ailleurs je lui ordonne de verser le reste de mes avoir à : _____

(Nom , prénoms et contact)

(Lien de parenté)

Je pourrais changer de bénéficiaire en tout temps par avis écrit adressé à la Mutuelle AS.J.D.

Fait à _____, le _____

(Signature)

PERSONNE RESSOURCE

Nom et Prénoms _____

Adresse _____ Tél. /Cel _____