

COORDONNEES BANCAIRES

pour LE PRELEVEMENT des COTISATIONS d'ASSURANCE MALADIE

(1) Nom Prénom

.....

(1) Adresse

.....

(1) N° Immatriculation

.....

Je vous informe de mes nouvelles coordonnées bancaires pour le prélèvement de mes cotisations d'assurance maladie (**joindre un nouveau RIB et une nouvelle autorisation de prélèvement, document en lien**)

.....

.....

(1) renseignements à compléter obligatoirement

SIGNATURE