



Parrainez un ami  
ou un proche  
**ça compte !**



 **Mutuelle  
de France  
Alpes du Sud**

La santé c'est nous

# FORMULAIRE DE PARRAINAGE

## PARRAIN

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... E-mail : .....

N° Adhérent\* : .....

\*Mention obligatoire

Pour chacun  
**50 €**  
de remise sur  
la cotisation

## FILLEUL

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... E-mail : .....



Ce formulaire doit obligatoirement être joint par le filleul à son dossier d'adhésion pour permettre la mise en place de l'offre parrainage.  
Règlement disponible en agence ou sur le site **www.mfas.fr**



Rejoignez-nous   

 **mfas.fr**

Siège social : 16 avenue des Arcades · 04200 Sisteron  
Tél : 04 92 61 14 94 · Fax : 04 92 61 46 84 · contact@mfas.fr  
Régie par le code de la Mutualité, livre II. Siren n°782 416 127