



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*

Le parrain déclare être adhérent depuis plus de trois mois, à jour de ses cotisations et avoir pris connaissance du règlement de l'offre.

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