

4, rue Paul Eluard
76300 SOTTEVILLE LES ROUEN

N° Tél. : 02-32-95-11-49

N° Fax : 02-32-95-11-70

section.sante.rouvray@fraternelle-interentreprises.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

CHANGEMENT DE CONTRAT

N° adhérent : _____

Nom et prénom : _____

CONTRAT ACTUEL

- Agent **titulaire** ou **stagiaire**
- Agent **auxiliaire** ou **contractuel**
- Médecin** du C.H. du Rouvray
- Interne** du C.H. du Rouvray
- Assistante maternelle** ou **famille d'accueil**
- Elève étudiant** de l'I.F.S.I.
- Elève rémunéré** de l'I.F.S.I.
- Agent du **Bois Petit**
- Agent **retraité** du C.H. du Rouvray
- Ancien personnel, descendant** ou **collatéral**
- Salarié** de la Section Santé Rouvray

NOUVEAU CONTRAT

- Agent **titulaire** ou **stagiaire**
- Agent **auxiliaire** ou **contractuel**
- Médecin** du C.H. du Rouvray
- Interne** du C.H. du Rouvray
- Assistante maternelle** ou **famille d'accueil**
- Elève étudiant** de l'I.F.S.I.
- Elève rémunéré** de l'I.F.S.I.
- Agent du **Bois Petit**
- Agent **retraité** du C.H. du Rouvray
- Ancien personnel, descendant** ou **collatéral**
- Salarié** de la Section Santé Rouvray

J'atteste l'exactitude des renseignements contenus dans ce document et m'engage à signaler toute modification.
Toute fausse déclaration entraînera la radiation immédiate et le remboursement des sommes indûment perçues.
J'atteste avoir été informé du taux de cotisation correspondant à mon nouveau contrat.

Date :

Signature de l'adhérent :

"La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Mutuelle."

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, respectant les règles des contrats responsables.