

Je soussigné(e),	أنا الموقع (ة) (أسفله،
Nom :	الاسم العائلي:
Prénom :	الاسم الشخصي:
Matricule :	رقم التسجيل:
Titulaire de la CNIE N° :	رقم بطاقة الوطنية:
Je déclare par la présente ma décision de mettre un terme à mon contrat mutuel. Je vous prie de bien me faire parvenir une attestation de résiliation.	أصرح عن قراري بإلغاء عقد الاستفادة من خدمات التعاضدية. المرجو من ادارتكم منحي شهادة انتهاء العقد.

A :

في

Le :

التاريخ

Signature légalisée

التوقيع مصادق عليه

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 08-09 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

