

Formulaire d'inscription
Action d'affiliation Medi-Bois

Je, soussigné(e), Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse e-mail : Tél :

Adresse :

souhaite à partir du _____(DD/MM/YYYY):

1. Affiliation du travailleur
2. Affiliation du travailleur et du partenaire
3. Affiliation du travailleur et des enfants
4. Affiliation du travailleur et de tous les membres de sa famille (partenaire + enfants)

NOM + PRÉNOM membre de la famille	DATE DE NAISSANCE	SEXE	PARTENAIRE/ ENFANT

Vous devez envoyer ce formulaire par e-mail via medihout@vanbreda.be.

Date :

Signature :