

DEMANDE DE SOUSCRIPTION AU DAT A VERSEMENT

PROGRESSIF

Code adhérent : **A010**

(Réservé à la mutuelle)

Je soussigné(e),.....

Matricule :

Catégorie :

Direction: Service: Exploitation :

Employé(e) à ☐ CIE ☐ SODECI ☐ GS2E ☐ CIPREL

☐ SIVE ☐ SGA2E ☐ MA2E

Autorise le prélèvement au bénéfice de la MA2E selon ma Quotité cessible disponible de..... d'une retenue mensuelle de francs CFA sur mon salaire, pour une période allant de à

A la fin la période, le montant total de mon DAT à versement progressif s'élèvera à Francs (En lettre)

Il sera renouvelé de façon :

- ☐ Simple
☐ Progressive
☐ Aucun renouvellement

Le montant minimum du DAT à versement progressif est de 5 000 FCFA

NB : Je m'engage à **informer par écrit** la Mutuelle de toute modification éventuelle, **au moins un mois avant** le terme de mon DAT à versement progressif.

Contacts

Domicile:

Bureau:

Cellulaire:

E- mail :

Fait à , le

Signature

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)