

DEMANDE D'ARRET D'EPARGNE

Code adhérent : **A010**

(Réservé à la mutuelle)

EPARGNE ORDINAIRE ☐

EPARGNE EXPRESSE ☐

Je soussigné(e),.....

Matricule :

Catégorie :

Direction: Service: Exploitation :

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

☐ SIVE ☐ SGA2E ☐ MA2E

Autorise l'arrêt de mon épargne dont les caractéristiques sont rappelées ci-après :
Une retenue mensuelle de Francs CFA sur mon
salaire, pour une période allant de à

Fin souhaitée pour le

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

Contacts

Domicile:

Bureau:

Cellulaire:

E-mail:

Fait à , le

Signature

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)