

B.P. 187 OMIT Tél : 94 920 30

CARTE D'AFFILIATION

N° CNAPS : [NumCnaps] N° Fiche Médicale : [NumFicheMedicale]

Affilié(e)

Nom : [Nom]



Prénoms : [Prenoms]

Emploi : [Emploi]

Employeur : [Employeur]

Adresse : [Adresse]

Nom & Prénoms conjoint(e) : [NomPrenomConjoint]

| | |
|---|--|
| <p>Photo AFFILIE(E)</p>  | <p>Photo CONJOINT(E)</p>  |
|---|--|

[FooterText]