

# SECOURS IMMEDIAT AU DECES

Siège : Ordre National des Médecins  
7 Boulevard Rembrandt – 21000 DIJON  
Tel : 03 80 60 92 00

Le Docteur (Nom, Prénom) : .....

Nom de Jeune Fille : .....

Date de naissance : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Votre N° d'adhérent au SID (1): / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / Ville : .....

(1) Le numéro d'adhérent figure sur le dernier appel de cotisation

**Désire qu'à son décès, la collecte effectuée par le SECOURS IMMEDIAT AU DECES soit versée à :**

**BENEFICIAIRE 1 : NOM :** .....

NOM DE JEUNE FILLE : .....

ADRESSE COMPLETE : .....

.....

.....

**A défaut du bénéficiaire désigné ci-dessus, veuillez mentionner les éventuels autres bénéficiaires devant bénéficier du partage à parts égales de la somme à percevoir.**

	BENEFICIAIRE 2	BENEFICIAIRE 3	BENEFICIAIRE 4
NOM-Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse1			
Adresse2			
Adresse3			
Code Postal			
Ville			

**Si vous désirez un mode de répartition différent, veuillez le mentionner :**

.....

Date .....

Fait à : .....

Signature précédée de LU et APPROUVE