SECOURS IMMEDIAT AU DECES

29 C Rue de Talant - CS 40750

21007 DIJON Cedex

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