

Demande de domiciliation

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles privées

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Déclaration

Par la présente, toute correspondance concernant la prévoyance professionnelle de la Fondation AROMED doit être domiciliée à l'adresse suivante :

Destinataire _____

Complément _____

Rue, no _____

NPA, lieu _____

Domiciliation à partir de : _____ / _____ / _____

Signature

La personne soussignée confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur/médecin indépendant

