

Formulaire de demande d'intervention

Formulaire à retourner dûment complété à la Mutualité chrétienne

A remplir par le membre de la Mutualité chrétienne

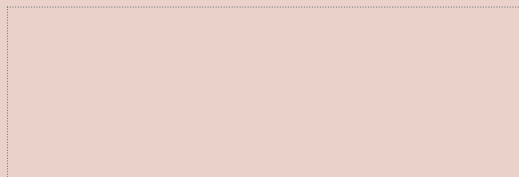
Veuillez remplir les coordonnées du bénéficiaire de l'intervention ou y apposer une de ses vignettes jaunes.

Nom _____

Prénom _____

Numéro de membre _____

Collez ci-dessous une vignette du bénéficiaire de l'intervention :



Sauf avis contraire, l'intervention sera remboursée sur le numéro de compte connu par la Mutualité chrétienne.

En savoir plus ?

- > Appelez gratuitement le **0800 10 9 8 7** (du lundi au vendredi de 8h30 à 18h et le samedi de 9h à 13h)
- > Surfez sur **www.mc.be**
- > Contactez votre conseiller mutualiste

A faire remplir par le responsable du club de sport, de l'association ou de l'infrastructure sportive

COORDONNÉES DU CLUB, DE L'ASSOCIATION OU DE L'INFRASTRUCTURE

Nom _____

Adresse du siège _____

C.P. _____ Localité _____

Téléphone _____

Activité sportive pratiquée par l'affilié(e) mentionné(e) ci-contre _____

NOM DU RESPONSABLE

FONCTION (président, directeur, secrétaire, trésorier, entraîneur, professeur...)

Certifie sur l'honneur que l'affilié(e) mentionné(e) ci-contre a payé la somme de _____ euros pour son inscription, affiliation ou abonnement couvrant la période du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Cachet :

Signature du responsable :

Date : le ____ / ____ / ____



Réflexe Santé