

**CANDIDATURE AU POSTE DE DELEGUES
DE LA CNM PREVOYANCE SANTE**

Je soussigné(e) :

(nom et prénom)

né(e) le à

(date de naissance)

(commune et département de naissance)

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_| Ville :

Numéro d'Adhérent CNM :

Déclare faire acte de candidature au poste de :

Délégué Titulaire de la CNM Prévoyance Santé
Délégué Suppléant de la CNM Prévoyance Santé

Dans la section :
France Métropole - Hors France Métropole

pour représenter, durant 4 ans, les membres participants et honoraires lors des Assemblées Générales de la mutuelle.

Fait à, le

Signature :

Document à retourner :

- soit par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au président de la mutuelle à l'adresse « Mutuelle CNM - Monsieur le Président - 93 A rue Oberkampf 75553 Paris Cedex 11 »
- soit déposée contre récépissé au siège social de la mutuelle,
- soit par mail à vie mutualiste@cnmsante.fr Un accusé de réception personnalisé vous sera adressé.