

Avis de sortie pour suppression de la garantie frais de santé ANIPS

À retourner impérativement à votre MSA dès que vous avez connaissance de la date de sortie de votre salarié(e).

ENTREPRISE

N° SIRET _____

Raison Sociale _____

Adresse _____

Code postal | | | | | Ville _____

Téléphone _____

SALARIÉ(E)

M. Mme Mlle

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance | | | | | N° Sécurité sociale | | | | |

Adresse _____

Code postal | | | | | Ville _____

FIN DE CONTRAT

Date | | | | |

Motif _____

Fait à _____

Le | | | | |

Signature et cachet de l'entreprise



images & légendes