

**COORDONNEES DU CLIENT** (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

**apposer ici une vignette de la mutualité**

**A COMPLETER PAR LE CLUB SPORTIF/SALLE FITNESS**

La direction du club sportif/salle de fitness \_\_\_\_\_

affilié à la Fédération/Ligue \_\_\_\_\_

certifie que la personne dont les coordonnées reprises ci-dessus

A contracté un abonnement/est affiliée à partir du

Sport pratiqué: \_\_\_\_\_

**Montant**

La somme de     €   a été perçue le

Cachet du club sportif/salle de fitness

Date:

Signature du responsable du club

L'année civile prise en considération pour bénéficier de l'intervention correspond à la date de prise d'effet de l'abonnement.

L'intervention est octroyée conformément aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à la date de prise d'effet de l'abonnement.

Ces conditions statutaires sont consultables sur notre site internet [www.partenamut.be](http://www.partenamut.be).

