



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION à l'a.s.b.l. S.N.M.

Je suis militaire en service actif (1)

En temps que militaire en retraite - veu(f)ve -réserviste  
(1) je désire m'affilier comme

**P**

Nom / Prénom

Domicile légal

Rue - N° - Code Postal - Commune - Pays

Numéro(s) de Téléphone

Fixe personnel et / ou bureau		GSM
-------------------------------	--	-----

Date de naissance

Lieu	
------	--

Grade (5)

Numéro de matricule (5)	
-------------------------	--

Unité

Adresse de l'unité	
--------------------	--

Je désire aussi affilier  
mon partenaire

**OUI**

**NON**

Nom - Prénom - Date de naissance

Les enfants vivant sous le même toit et à charge sont au  
nombre de : (4)


Le(s) bénéficiaire(s) pour l'assurance décès est / sont : (3)


Fait à

Le

Signature du partenaire en  
cas d'affiliation !!

Signature du  
membre

(1) Placez une croix visible à l'endroit voulu

(2) Biffer les mentions inutiles

(3) Vous pouvez mentionner : "mon épouse", "mes héritiers légaux", etc . Si vous mettez le nom d'une personne , ajoutez également : date et lieu de naissance et l'adresse actuelle de cette personne

(4) Veuillez joindre une liste en annexe de ce formulaire

(5) Les pensionnés sont priés de mentionner leur dernier grade et leur numéro de matricule d'active

