



Demande d'adhésion / Beitrittsantrag

Nom, prénom

Name, Vorname:

Sécurité sociale

Sozialversicherungsnummer:

N° rue

Nr. Strasse:

Code postal, ville

Postleitzahl, Stadt:

Indiquer seulement si demande par couple. / Nur ausfüllen wenn Sie sich als Paar anmelden.

Nom du partenaire

Name des Partners:

Sécurité sociale du partenaire

Sozialversicherungsnummer des Partners:

Tél: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Cotisation (cocher s.v.p. / bitte ankreuzen):

12,50€.- par personne / Einzelperson

20€.- par couple / Paar

Date

Datum: _____

Signature

Unterschrift: _____

Prière d'envoyer le formulaire à l'adresse suivante

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular an folgende Adresse:

ADMD-L
1a, Rue Christophe Plantin
L-2339 Gasperich