



Mutuelle Saint-Martin

# Bulletin de parrainage

## Cadre réservé au parrain

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse

n° Sécurité Sociale :

n° : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rue (Bd., Av., Pl., etc.) :

\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Merci de bien vouloir transmettre une documentation de la Mutuelle Saint-Martin à la personne ci-dessous désignée comme "filleul(e)" en vue d'une éventuelle adhésion et sans engagement de sa part.

**Je note que, si cette personne contracte son adhésion, je bénéficierai, à titre gracieux, d'un trimestre supplémentaire pour la couverture complémentaire de mes soins\*.**

## Filleul(e)

Nom : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale :

Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse :

Fait à : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature :

\* dans la limite de deux parrainages par année civile.

## MUTUELLE SAINT-MARTIN

3 rue Duguay-Trouin  
75280 PARIS CEDEX 06

[www.mutuelle-saint-martin.fr](http://www.mutuelle-saint-martin.fr)

Centre de gestion Mercer  
164-174 rue Victor Hugo - 92536 LEVALLOIS PERRET CEDEX

 N° Indigo **0 825 39 39 63**

0,15 € TTC / MN

Télécopie : 01 55 21 22 99