**Tél : 51 77 37 88 / 57 53 77 77**

**Mutuelle de Santé des Enseignants des Etablissements d’Enseignement Supérieur du Burkina Faso**

**autorisation de prélèvement sur salaire**

Je soussigné

**Identité**

Nom et prénom(s)……………………………………………………………………….

Numéro matricule………………………………………………………………………….

Université/UFR/département……………………………………………………………….

Date de naissance…………… ………………date de départ à la retraite…………………

Téléphones………………………………. Email… ……………………………………….

**Autorise par la présente,**

M. l’Agent Comptable, à effectuer un prélèvement automatique sur mon salaire mensuel, en mon nom et pour mon compte, pour un montant de :

(En lettres) …………………………………………………………………………….

(En chiffres**) …**…………………………………………………………………………

Qu’il versera à la MUSESUP au titre de ma cotisation mensuelle à ladite Mutuelle, à travers ECOBANK/Burkina Faso

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Code Banque | Code Guichet | N° de compte | Clé RIB | Devises |
| BF 083 | 00041 | 170367249001 | 06 | XOF |

La présente procuration prend effet à compter du ……………………………………et vaut jusqu’à révocation expresse et écrite du mandat.

Fait à……………………………le………………

 Signature du mandant précédée des nom (s) et prénom (s)

**Tél : 51 77 37 88 / 57 53 77 77**

**Mutuelle de Santé des Enseignants des Institutions d’Enseignement Supérieur du Burkina Faso (MUSESUP/BF)**

**FORMULAIRE D’ADHESION**

Je soussigné

**Identité**

Nom et prénom(s)……………………………………………………………………….

Numéro matricule………………………………………………………………………….

Université/UFR/département……………………………………………………………….

Date de naissance…………… ……………… …………………

Téléphones/WhatsApp……………………. ………Email…………………………………

**Décide d’adhérer**

Par la présente et sans conditions préalables, à la Mutuelle de Santé des Enseignants des Institutions d’Enseignement Supérieur du Burkina Faso (MUSESUP/BF).

Je reconnais avoir pleinement pris conscience des statuts et règlement intérieur de la MUSESUP/BF que je m’engage à respecter en tout lieu et en toutes circonstances et consens de me laisser constamment guider par les principes et valeurs de solidarité, de responsabilité, de loyauté et de communauté d’intérêts qui fondent l’action mutualiste de la MUSESUP/BF

La présente procuration prend effet à compter du ……………………………………et vaut jusqu’à révocation expresse et écrite du mandat.

Fait à……………………………le………………

 Signature du mandant précédée des nom (s) et prénom (s)