



A compléter et à retourner à :

**AAPOCAD**  
**2, rue André Pascal**  
**75775 Paris Cedex 16**

Association des Agents Pensionnés des Organisations Coordonnées et de leurs Ayants Droit (A.A.P.O.C.A.D.)

## BULLETIN D'ADHÉSION

---

Je, sousigné(e),

Prénoms: \_\_\_\_\_

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

Résidant à (adresse complète): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_ N° de portable: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Situation de famille : Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Célibataire <sup>(1)</sup>

Organisation: \_\_\_\_\_

Dernier grade et échelon: \_\_\_\_\_

Type de pension : Ancienneté - Survie - Orphelin - Invalidité - Différée <sup>(1)</sup>

Date de départ de votre pension: \_\_\_\_\_

Langue de préférence: FRANÇAIS - ANGLAIS <sup>(1)</sup>

Acceptez-vous de voir vos nom et adresse électronique mentionnés dans l'annuaire ?

OUI - NON <sup>(1)</sup>

Déclare adhérer à l'Association des Agents Pensionnés des Organisations Coordonnées et de leurs Ayants Droits (AAPOCAD);

Donne mon accord pour que ma cotisation soit déduite de ma pension.

\_\_\_\_\_

Fait à:

Le:

Signature (précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"):

<sup>(1)</sup> Rayer les mentions inutiles