



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, soussigné(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 ⁽¹⁾

Organisation: _____

Dernier grade et échelon: _____

Type de pension : Ancienneté - Survie - Orphelin - Invalidité - Différée ⁽¹⁾

Date de départ de votre pension: _____

Langue de préférence: FRANÇAIS - ANGLAIS ⁽¹⁾

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

OUI - NON ⁽¹⁾

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"):

⁽¹⁾ Rayer les mentions inutiles