

CENTRE MÉDICAL HÉLIPORTÉ ASBL
N° Entreprise 0433.252.478

Bierleux, 69
4990 Bra-sur-Lienne (Lierneux)
secretariat@centremedicalheliporte.be

Un seul N° de compte
IBAN BE34 2480 4404 4090

Formulaire à renvoyer à

Centre Médical Hélicopté asbl
Bierleux, 69
4990 Bra-sur-Lienne (Lierneux)

Les personnes souhaitant bénéficier des avantages de l'affiliation au Centre Médical Hélicopté peuvent opter soit pour une carte individuelle, soit pour une carte familiale :

- **La carte individuelle** couvre uniquement son titulaire.
La cotisation annuelle s'élève à 30 €
- **La carte familiale** couvre son titulaire, son conjoint (marié ou non) ou cohabitant légal, ainsi que les enfants du titulaire et ceux de son conjoint ou cohabitant légal qui ouvrent le droit aux allocations familiales.
La cotisation annuelle s'élève à 47 €

Vous pouvez dès à présent renvoyer le formulaire d'affiliation dûment complété à l'adresse du CMH, Bierleux 69 à 4990 Bra-sur-Lienne.

Votre affiliation au Centre Médical Hélicopté est effective dès la réception du paiement de votre cotisation sur le compte de l'asbl (IBAN BE34 2480 4404 4090). Sa durée de validité est d'un an. Chaque année, vous recevrez automatiquement un courrier destiné à renouveler votre carte d'affiliation, via un bulletin de virement.

Vous pouvez également choisir de régler votre affiliation par domiciliation, en remplissant le mandat de domiciliation européenne ci-annexé.

Le règlement de votre affiliation vaut acceptation des conditions générales d'affiliation au Centre Médical Hélicopté. Les conditions générales sont disponibles sur simple demande au bureau administratif du CMH. Elles sont également accessibles en téléchargement sur www.centremedicalheliporte.be/s-affilier.html. Les titulaires des cartes familiales ont l'obligation de communiquer immédiatement tout changement dans leur situation familiale, financière ou autre, qui implique une modification dans les conditions générales d'affiliation au Centre Médical Hélicopté.

A défaut de communication conforme, le Centre Médical Hélicopté se réserve le droit de réclamer le remboursement du coût de son éventuelle intervention.

Formulaire à renvoyer à

Centre Médical Hélicopté asbl
Bierleux, 69
4990 Bra-sur-Lienne (Lierneux)

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION POUR L'AFFILIATION

Votre adresse :
CP : Localité : Téléphone :

TITULAIRE (INFORMATIONS OBLIGATOIRES)

Nom :
Prénom :
gsm :
mail :
Mutualité du titulaire :

CONJOINT (INFORMATIONS OBLIGATOIRES)

Nom :
Prénom :
gsm :
mail :
Mutualité du conjoint :

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle du titulaire
et remplissez l'intégralité du formulaire

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle du conjoint
et remplissez l'intégralité du formulaire

ENFANTS (INFORMATIONS OBLIGATOIRES)

Enfant 1 - Nom :
Prénom :
Mutualité de l'enfant :

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle
de l'enfant 1

Enfant 2 - Nom :
Prénom :
Mutualité de l'enfant :

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle
de l'enfant 2

Enfant 3 - Nom :
Prénom :
Mutualité de l'enfant :

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle
de l'enfant 3

Enfant 4 - Nom :
Prénom :
Mutualité de l'enfant :

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle
de l'enfant 4

Enfant 5 - Nom :
Prénom :
Mutualité de l'enfant :

facilitez-vous la vie :
Collez ici la vignette de mutuelle
de l'enfant 5

CENTRE MÉDICAL HÉLIPORTÉ ASBL
BE952220433252478

Bierleux, 69
4990 Bra-sur-Lienne (Lierneux)
secretariat@centremedicalheliporte.be

Un seul N° de compte
IBAN BE34 2480 4404 4090

Formulaire à renvoyer à

Centre Médical Hélicopté asbl
Bierleux, 69
4990 Bra-sur-Lienne (Lierneux)

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA CORE

RÉFÉRENCE DU MANDAT *

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **CMH Bra sur Lienne** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **CMH Bra sur Lienne**.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Le soussigné,

Nom du débiteur

Rue et numéro

Code postal et ville

Pays

N° de compte IBAN

Code BIC

N° de contrat sous-jacent *

Date (jour/mois/année)

Lieu

Signature

*** Les cases en gris sont réservées au bureau administratif du Centre Médical Hélicopté**