



Matricule  
CCMD \_\_\_\_\_

**Demande d'adhésion**  
**Aufnahmeschein**

<b>CMCM</b> OUI _____	<b>CMCM</b> NON _____
--------------------------	--------------------------

**Nom, Prénom:**  
*Name, Vorname:* \_\_\_\_\_

**Adresse:**  
*Adresse:* \_\_\_\_\_

**Code postal:**  
*Postleitzahl:* \_\_\_\_\_

**Localité:**  
*Ort:* \_\_\_\_\_

**Pays:**  
*Land:* \_\_\_\_\_

**Profession:**  
*Beruf:* \_\_\_\_\_

**Date de naissance:**  
*Geburtsdatum:* \_\_\_\_\_

**Tél:** \_\_\_\_\_

**GSM:** \_\_\_\_\_

**Email :** \_\_\_\_\_

**Etat civil / Familienverhältnis:**

célibataire / ledig

marié / verheiratet  
pacs

divorcé / geschieden

séparé / getrennt

veuf(ve) / Witwe(r)

**Caisse de maladie:**  
*Krankenkasse:* \_\_\_\_\_

**Matricule:**  
*Nummer:* \_\_\_\_\_

**Banque / Bank** \_\_\_\_\_

**Code BIC** \_\_\_\_\_

**No compte format IBAN**  
**Kontonummer IBAN Format** \_\_\_\_\_

**Co-assurés / Mitversicherte:**

**Nom, Prénom:**  
*Name, Vorname* \_\_\_\_\_

**Matricule**  
*Nummer:* \_\_\_\_\_

**Nom, Prénom:**  
*Name, Vorname* \_\_\_\_\_

**Matricule**  
*Nummer:* \_\_\_\_\_

**Nom, Prénom:**  
*Name, Vorname* \_\_\_\_\_

**Matricule**  
*Nummer:* \_\_\_\_\_

**Localité:**  
*Ort:* \_\_\_\_\_

**Date:**  
*Datum:* \_\_\_\_\_

**Signature:**  
*Unterschrift:* \_\_\_\_\_

