



Demande d'adhésion

à l'Association des Médecins
Fonctionnaires et Employés d'État

Nom, prénom(s) :

Date de naissance:

Numéro et rue:

Code postal et localité :

E-mail(s) :

Tél :

Administration/service :

Fonctionnaire / Employé(e)

Actif(ve) / Retraité(e)

Je déclare adhérer à l'Association des Médecins Fonctionnaires et Employés d'État (AMFEE) faisant partie de la Confédération Générale de la Fonction Publique (CGFP).

Ordre de domiciliation / Autorisation de prélèvement

J'autorise l'AMFEE à prélever sur mon compte la cotisation annuelle correspondant à mon affiliation.

Actuellement, 50 €/an.

Numéro de CCP ou compte bancaire (IBAN) : LU_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Banque (BIC/SWIFT) : _ _ _ _ _ _ _ _

Lieu et date

Signature

AMFEE (Association des Médecins Fonctionnaires et Employés d'État, A.s.b.l.)

13 Rue Gaaschtbiërg, L-8230 Mamer

Tel : 691 11 23 29

E-mails : connyhanff@gmail.com - rendi01@libero.it - ganieva.angelina@hotmail.com

IBAN : LU19 1111 2730 3476 0000 (CCPLLULL)