

Association Intervention en Prévention aux risques de feux et Catastrophes
AIPRFC
RESERVE PREVENTION CIVILE



Remplir 1 formulaire par demande

Nom

Prénom

Email

TEL FIXE TEL MOBILE

Date de naissance / / Lieu de Naissance

Adresse
.....

Code Postal Ville

Je désire

- ☐ Je désire recevoir 1 carte santé gratuitement avec participation frais d'envoi 2 €
- ☐ Je désire recevoir 2 cartes santé gratuitement avec participation frais d'envoi 2,50 €
- ☐ Je désire recevoir 3 cartes santé gratuitement avec participation frais d'envoi 3,00 €
- ☐ Je désire recevoir 4 cartes santé gratuitement avec participation frais d'envoi 3,50 €
- ☐ Je désire recevoir 5 cartes santé gratuitement avec participation frais d'envoi 4,00 € (

Je certifie sur l'honneur que tous les renseignements ci dessus sont exacts

Fait à le , pour faire valoir ce que de droit.

Signature du demandeur