COUPON PARRAINAGE

Sécurité Sociale Étudiante
Vittavi Mutuelle

PARRAIN

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

L'OFFRE

Faites adhérer vos proches, amis
à une complémentaire santé *étudiante* ou *jeune actif*
et profitez ensemble de cet avantage exclusif :

1 MOIS d'adhésion **OFFERT** pour le parrain*

+

1 MOIS d'adhésion **OFFERT** pour le filleul

** À la signature du contrat santé du filleul. Voir conditions sur www.vittavi.fr*

FILLEUL

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de Naissance : ..... N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Téléphone : ..... E-mail : .....

Établissement : ..... Ville : .....

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité inscrite au RNM sous le N°775 584 980

COUPON PARRAINAGE

Sécurité Sociale Étudiante
Vittavi Mutuelle

PARRAIN

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

L'OFFRE

Faites adhérer vos proches, amis
à une complémentaire santé *étudiante* ou *jeune actif*
et profitez ensemble de cet avantage exclusif :

1 MOIS d'adhésion **OFFERT** pour le parrain*

+

1 MOIS d'adhésion **OFFERT** pour le filleul

** À la signature du contrat santé du filleul. Voir conditions sur www.vittavi.fr*

FILLEUL

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de Naissance : ..... N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Téléphone : ..... E-mail : .....

Établissement : ..... Ville : .....

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité inscrite au RNM sous le N°775 584 980

COUPON PARRAINAGE

Sécurité Sociale Étudiante
Vittavi Mutuelle

PARRAIN

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : .....

N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

L'OFFRE

Faites adhérer vos proches, amis
à une complémentaire santé *étudiante* ou *jeune actif*
et profitez ensemble de cet avantage exclusif :

1 MOIS d'adhésion **OFFERT** pour le parrain*

+

1 MOIS d'adhésion **OFFERT** pour le filleul

** À la signature du contrat santé du filleul. Voir conditions sur www.vittavi.fr*

FILLEUL

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de Naissance : ..... N° Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Téléphone : ..... E-mail : .....

Établissement : ..... Ville : .....

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité inscrite au RNM sous le N°775 584 980