

BULLETIN DE RADIATION

N° Adhérent :

Nom – Prénom :

Adresse :

Code Postal Ville :

Demande sa radiation du Centre de Gestion Agréé Interprofessionnel de Saône & Loire, auquel il/elle adhérerait en qualité de membre adhérent (e) bénéficiaire.

Motif de la radiation :

En date du :

Fait à,

Le

Signature de l'adhérent



Ce document doit être adressé après signature au Centre de Gestion.