DEMANDE POUR MODIFIER OU ANNULER UNE PART SOCIALE

Date: _____

Nom du membre: _____

Adresse complète: _____

_____

Téléphone: _____

Ce document signifie que je veux:

Annuler ma part

Transférer ma part à _____

-> Nouveau # d'assurance sociale_____

Ajouter le nom suivant à ma part _____

Enlever le nom suivant à ma part _____

Raison:

Déménagment

Décès*

Autre (svp spécifier): _____

Nouvelle adresse, nom, NAS, si nécessaire:

_____

_____

Autres informations pertinentes:

_____

_____

Signature: _____

**N.B. Si le membre est décédé, svp joindre le certificat de décès et une copie du testament.*

926 Notre Dame C. P. 189,
Embrun, ON K0A 1W0

(613) 443-2833
admin@coopembrun.com

coopembrun.com