

DATE :
CODE :
Réservé à l'ANCMP

DOSSIER D'ADHESION

MEMBRE ACTIF

ASSOCIATION NATIONALE DES COLLABORATEURS DE MINISTRES ET DE PARLEMENTAIRES

28, rue Tronchet-75009 PARIS – Tél. : 01 42 68 10 05
Mail : contact@ancmp.fr
Société Mutualiste fondée le 5-4-1905 – R.N.M. 784 360 596

DATE : CODE :

ADHESION A L'ANCMP : MEMBRE ACTIF

(Annexer à la présente, les justificatifs)

- Justificatif d'emploi dans un Cabinet Ministériel, auprès d'un parlementaire ou dans le Cabinet du Maire d'une municipalité de plus de 50 000 habitants.
- Bulletin d'adhésion
- Lettre de parrainage (deux parrains)
- Extrait n°3 du casier judiciaire
- C.V. complet
- 2 photos d'identité (avec pour les hommes, port de cravate)
- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- Chèque d'adhésion d'un montant de50 Euros
- Chèque de cotisation annuelle d'un montant de70 Euros

ASSOCIATION NATIONALE DES COLLABORATEURS DE MINISTRES ET DE PARLEMENTAIRES

28, rue Tronchet-75009 PARIS – Tél. : 01 42 68 10 05 – Fax : 01 40 07 01 75
Société Mutualiste fondée le 5-4-1905 – R.N.M. 784 360 596

DATE :
CODE :

BULLETIN D'ADHESION

M, Mme, Mlle

Nom :
Prénoms :
Date et lieu de naissance :
De nationalité française
(en cas de naturalisation, préciser la date du décret)
Adresse du domicile :
Tél. dom. : Email.....
Décorations :
Diplômes :
Profession : Société :
Activité : Adresse :
..... Tél. :
Autres activités, notamment d'ordre philanthropique ou culturel :
.....

- J'accepte que ces informations soient diffusées auprès des Adhérents de l'ANCMP.
- Je n'accepte pas que ces informations soient diffusées auprès des Adhérents de l'ANCMP.

Présenté par MM :

déclare adhérer aux statuts et au règlement intérieur de l'ANCMP et demande mon inscription sur le registre des contrôles de cette association, en qualité de :

- MEMBRE ACTIF (annexer à la présente, les justificatifs)**

J'affirme sur l'honneur que je n'ai jamais subi de sanctions pénales ou disciplinaires, adresse à l'ANCMP un extrait n°3 de mon casier judiciaire et m'engage à remplir, dès mon admission, mes obligations statutaires.

A, le

Signature :

ASSOCIATION NATIONALE DES COLLABORATEURS DE MINISTRES ET DE PARLEMENTAIRES

28, rue Tronchet-75009 PARIS – Tél. : 01 42 68 10 05 – Fax : 01 40 07 01 75
Société Mutualiste fondée le 5-4-1905 – R.N.M. 784 360 596

DATE : CODE :

LETTRE DE PARRAINAGE

Monsieur le Président,

Je, soussigné(e),

Nom : M,Mme,Mlle

Prénoms :

N° de carte :

ai l'honneur de vous faire connaître que :

Nom : M,Mme,Mlle

Prénoms :

souhaite adhérer aux statuts et au règlement intérieur de l'ANCMP, et demande son inscription sur les registres de contrôle de cette association, en qualité de :

MEMBRE ACTIF

Compte tenu de sa parfaite honorabilité, dont je me porte garant, je lui accorde mon parrainage pour les raisons suivantes :

.....
.....
.....
.....

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma parfaite considération.

Signature

ASSOCIATION NATIONALE DES COLLABORATEURS DE MINISTRES ET DE PARLEMENTAIRES

28, rue Tronchet-75009 PARIS – Tél. : 01 42 68 10 05 – Fax : 01 40 07 01 75
Société Mutualiste fondée le 5-4-1905 – R.N.M. 784 360 596

Je soussigné(e),

Nom (1) :
Prénoms : Né(e) le
A

Membre participant de l'Association Nationale des Collaborateurs de Ministres et de
Parlementaires (N° 75-2576 au répertoire des Groupements Mutualistes), désigne
(1-2) Mr, Mme ou Mlle

Nom :
Prénoms :

Pour bénéficier du capital décès souscrit avec AXA par l'Association pour l'assurance
collective, en cas où je viendrais à décéder.

A chaque changement de bénéficiaire ou d'adresse, j'ai l'obligation d'en aviser le
siège social ~~dans les 48 Heures.~~

Fait à Le,

Signature :

PS : La liste des bénéficiaires du capital décès étant donnée chaque année à AXA,
seuls y figurent les Sociétaires à jour de leurs cotisations.

- (1) en capitales
- (2) rayer les mentions inutiles