



# Association Nationale des Retraités de La Poste, de France Télécom et de leurs filiales

Siège national : 13, rue des Immeubles Industriels - 75011 Paris

Tél. : 01 43 79 37 18 - Fax : 01 43 79 86 84

Site internet : <http://www.ansiege.fr> – Courriel : [ansiege@orange.fr](mailto:ansiege@orange.fr)

## BULLETIN D'ADHÉSION

**Vous : Mme, Mlle, M. (1)**

Nom(2) \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Branche d'activité(3) :  La Poste  France Télécom  
 Fonctionnaire  Contractuel

Situation actuelle(3) :  
 Retraité(e)  CPA - CFC  Pré-retraité(e)  Autre

Depuis le : \_\_\_\_\_  
Autre activité extérieure à La Poste ou France Télécom \_\_\_\_\_

Membre associé

**Votre conjoint(e) : Mme, Mlle, M. (1)**

Nom(2) \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Branche d'activité(3) :  La Poste  France Télécom  
 Fonctionnaire  Contractuel

Situation actuelle(3) :  
 Retraité(e)  CPA - CFC  Pré-retraité(e)  Autre

Depuis le : \_\_\_\_\_  
Autre activité extérieure à La Poste ou France Télécom \_\_\_\_\_

Membre associé

Retraité(e) de La Poste ou de France Télécom ou d'une filiale déclar(ent)

J'adhère à l'association et je m'abonne à la revue en :

individuel(le)	18 €	
couple	27 €	
réversion	9 €	

J'adhère à l'association en :

individuel(le)	9 €	
couple	18 €	
réversion	9 €	

Je m'abonne à la revue seule : 18 €

**Votre adresse** N° APP ou BAL-ÉTAGE-COULOIR-ESC

ENTRÉE-BÂTIMENT-IMMEUBLE-RÉSIDENCE \_\_\_\_\_

NUMÉRO \_\_\_\_\_ LIBELLÉ DE LA VOIE \_\_\_\_\_

LIEU-DIT ou SERVICE PARTICULIER DE DESTINATION \_\_\_\_\_

CODE POSTAL et LOCALITÉ DE DESTINATION \_\_\_\_\_  
CODE CEDEX et LIBELLÉ CEDEX \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
Mobile : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

**Membre(s) associés déclar(ent) :**

J'adhère à l'association et je m'abonne à la revue en :

individuel(le)	27 €	
couple	45 €	

J'adhère à l'association en :

individuel(le)	18 €	
couple	36 €	

Je m'abonne à la revue seule : 18 €

Admis en qualité de membre associé par le comité départemental

Date : \_\_\_\_\_  
Parrain : \_\_\_\_\_  
Visa du président du groupe : \_\_\_\_\_

**et désire(nt) en cas d'adhésion être rattaché(s) au groupe départemental de :** .....

A .....,  
le .....,  
Signature(s) :

Cachet du groupe

L'ANR propose à ses adhérents un capital décès géré par la Mutuelle Amicale-Vie.

Souhaitez-vous recevoir une documentation ? (3)  Oui  Non

N° adhérent ANR \_\_\_\_\_

1) : Rayer la mention inutile 2) : En majuscules 3) : Cocher la case correspondante