



Confédération Nationale des Syndicats Dentaires



MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

## Coupon examen annuel de prévention 2008

à retourner à la Section Locale.

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° Sécurité Sociale (assuré) : .....

N° Sécurité Sociale (bénéficiaire) : .....

Date de l'acte : .....

Acquitté le : .....

Cachet du praticien