

Mise à jour des coordonnées / Demande de remboursement de part

A remplir par le COOPERATEUR

Mise à jour des coordonnées

ou

Demande de remboursement

Nombre de parts sociales à rembourser

Motif :

N° coopérateur :

M. Mme

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Portable :

Mail :

Autorisation pour recevoir des documents par voie électronique

Je déclare avoir lu la convention pour l'envoi de documents relatifs aux assemblées générales et donne mon accord pour les recevoir à l'adresse mail indiquée sur ce document.

Fait à le

Signature