



ATTESTATION MUSCULATION



Partie à remplir par la famille

Nom et prénom du salarié SOVAB :

Adresse :

N° téléphone (portable de préférence) :

Partie à remplir par l'organisme

Je soussigné(e), M. /Mme :

Responsable de (*raison sociale et adresse de la salle de musculation*) :

.....

.....

Certifie que M. /Mme (*nom et prénom*) :

A payé EN TOTALITE la somme de :

En règlement d'un abonnement du au

(attention en cas de paiement par prélèvements renseigner uniquement les mois prélevés)

Fait à, le.....

Cachet de l'organisme **obligatoire** :

Partie à remplir par le Comité d'entreprise S.O.V.A.B

Participation CE :

Date :

Chèque N°:



COMITÉ D'ENTREPRISE
SOVAB