

# Avis de sortie pour suppression de la garantie frais de santé ANIPS

À retourner impérativement à votre MSA dès que vous avez connaissance de la date de sortie de votre salarié(e).

## ENTREPRISE

N° SIRET \_\_\_\_\_

Raison Sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

## SALARIÉ(E)

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance | | | | | N° Sécurité sociale | | | | |

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal | | | | | Ville \_\_\_\_\_

## FIN DE CONTRAT

Date | | | | |

Motif \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

Le | | | | |

Signature et cachet de l'entreprise



images & légendes