

**REFUS PARTIEL D'ADHESION AUX TERMES
DE L'ACCORD NATIONAL DENTO-MUTUALISTE
2009**

Je soussigné,

Nom et Prénoms :

Adresse complète :

Numéro d'identification I.N.A.M.I.:

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national dento-mutualiste 2009, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

a) Activité professionnelle représentant au moins 32 heures par semaine aux conditions de l'Accord :

Lieu	Jours	Heures
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) Activité professionnelle représentant moins de 32 heures aux conditions de l'Accord et comportant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle complète, avec un minimum de 8 heures aux conditions de l'Accord :

Lieu	Jours	Heures
.....
.....
.....
.....

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national dento-mutualiste est la suivante :

Lieu	Jours	Heures
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :