santé
famille
retraite
services
Mayenne-Orne-Sarthe

ELECTIONS MSA 2025

FICHE RECLAMATION

Site :

Demandeur	
Nom/Prénom :	**N° immatriculation :**
Adresse :	
Téléphone	**Courriel**
Collège initial	**Canton initial**

A l'attention de M Le Président de la Caisse MSA Mayenne Orne Sarthe,

Motif de la demande (à cocher):

- ☐ Demande d'inscription
- ☐ Demande de radiation
- ☐ Demande de changement de canton
- ☐ Demande de changement d'adresse
- ☐ Demande de changement de collège
- ☐ Autre

Précisions sur la demande

Date/Signature