part&namut
Cultivons votre santé

Avantages Partenamut
Demande d'intervention

SECOURISME

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation : ----------

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

CP et Localité : ----------

Apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LA CROIX ROUGE OU LA LIGUE FRANCOPHONE DE SAUVETAGE

Le/la responsable de l'institution (nom + prénom)

---

certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus a suivi une des formations suivantes :

- ☐ secourisme
- ☐ recyclage secourisme
- ☐ BEPS
- ☐ réanimation bébé
- ☐ 3 minutes pour sauver une vie
- ☐ premiers secours en route
- ☐ défibrillation

en date du ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Montant payé ☐☐☐ , ☐☐ €

Signature du/de la responsable de l'institution

Cachet de l'institution

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/formation-premier-secours ou en scannant le QR-code.

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

A509GT06010000000000000000000000000A