

AUTORISATION DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES

Demande traitée par :

Association ou service : _____

Adresse : _____

Personne de contact : _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Par la présente, le/la soussigné/e, membre bénéficiaire de l'AFM Ge :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

N° de référence du dossier : _____

autorise son/sa assistant/e social/e, responsable de son dossier, à communiquer toutes les informations utiles à l'AFM Ge dans le but de constituer un dossier personnel afin de l'aider dans le paiement de frais non couverts.

Lieu, date : _____

Signature du membre bénéficiaire : _____

**Merci de retourner ce document dûment complété, daté et signé
à l'AFM Ge par mail à info@afme-geneve.ch ou par courrier.**



Rue Lamartine 27 - 1203 Genève
info@afm-geneve.ch www.afm-geneve.ch
Tél : 022 344 11 11 Mobile: 079 578 62 97
Ouvert les lundis, mardis et mercredis de 9h à 12h et de 14h à 17h
Consultations avec la Directrice sur rendez-vous.
Comptes : CCP 12-10337-3 IBAN CH83 0900 0000 1201 0337 3