

# RENONCIATION À LA PROTECTION RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Nom: \_\_\_\_\_ N° matricule D ' ] o o \_\_\_\_\_

N° de tél.: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), souhaite retirer μ Z P ] u • } ] v • v š ] Œ • o [ h v ] À Œ • ] š D ' ] o o