



association
des assurés
april

**POUVOIR
ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE
ET ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE
DU MARDI 25 AVRIL 2023**

Je soussigné(e) _____

Votre numéro ° Adhérent _____

- APRIL Santé Prévoyance - *particuliers*
- APRIL Santé Prévoyance – *pro et entreprises*
- APRIL Entreprise
- APRIL Entreprise Caraïbes
- APRIL International Care
- Autres, précisez _____

Donne pouvoir (*cocher la case correspondante*) ...

au Président de l'Association

à une autre personne :

NOM _____ Prénom _____

Son n° Adhérent _____

...pour me représenter à l'Assemblée Générale Ordinaire et à l'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Association des Assurés APRIL.

Fait à _____, le _____

Signature, précédée de la mention « Bon pour pouvoir »

Important : *Pouvoir à imprimer, à compléter et signer et à adresser
au siège de l'Association des Assurés APRIL - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 0*