



ASSOCIATION
DES ASSURÉS APRIL

**POUVOIR
ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE
ET ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE
DU MARDI 7 AVRIL 2020**

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 exclusivement par courrier postal
au siège de l'Association des Assurés APRIL - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.
Les copies ou les scans ne pourront pas être pris en compte.*