

BULLETIN D'ADHÉSION A FORCE OUVRIÈRE

NOM, PRÉNOM : _____ CENTRE, PÔLE OU SERVICE : _____

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ COMMUNE : _____

TEL : _____ COURRIEL : _____

À retourner à la section FO de la CPAM de l'Essonne, 12 place des terrasses de l'agora,
91000 Évry Courcouronnes ou à déposer au siège aile C – 3^{ème} ét. – porte 381

 01.69.36.48.26

 focpam91@gmail.com