



J'ADHÈRE à FO-FNAS

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Tél :

Courriel :

Emploi :

CCN :

Employeur :

Fait le :

Signature :

**A remettre au délégué F-O de votre établissement
ou à retourner à la :**

F.N.A.S F-O.

7, passage Tenaille. 75014 - Paris.

Tél : 01 40 52 85 80.

