

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° adhésion :

Date d'adhésion :

Je déclare renoncer à mon adhésion à la Convention "Compte Multisupport à Versements et Retraits Libres" et demande le remboursement de la somme versée de _____ Euros dans le délai de trente jours prévu par la loi.

Date et signature