



CONTRAT DE SOUSCRIPTION

Foi

« L' Hôpital de District d'Akonolinga »

DATE

Hôpital de District d'Akonolinga Contact: Tél.: (+237) 222 12 05 34 / 696 77 33 41
E-mail: info@hopitaldedistrictdakonolinga.com

1) Nom et adresse du Souscripteur :.....

.....

2) Nature de l'Insertion :.....

.....

3) Durée :..... 4) Mode de souscription :.....

5) Montant Total :.....(En lettres).....

.....

.....

★En espèces

★Par chèque à l'ordre de l'**Hôpital de District d'Akonolinga**

★En nature

Oui

Fait en deux(2) exemplaires originaux dont un à retourner à l'Hôpital de District d'Akonolinga

Signature et Cachet

Le Souscripteur

Hôpital de District d'Akonolinga