

A *Bretan*, le *12/04/2024*

ATTESTATION

Je soussigné, *SAURÉ Aurélie*, responsable
de l'entreprise *WILLAR*, certifie que :

- Nom : *SAN HOLLANDT* Prénom : *Raphael*

Est affilié(e) à un régime collectif obligatoire de frais de santé à compter du *01/04/2024* .
Ce régime couvre **le salarié à titre obligatoire**.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit.

Le responsable, *Aurélien SAURÉ*

Signature et cachet de l'entreprise.

Pas de tampon

