



**Centre de Gestion  
Interprofessionnel  
Agréé de la Manche**

**Siège Social :**  
155, rue des Coutures  
ZAC de la Croix Carrée  
50180 AGNEAUX  
**Tél. :** 02.33.05.56.00

**Adresse Postale :**  
CS 76509  
50009 SAINT-LO CEDEX  
**Fax :** 02.33.05.89.12  
**E-mail :** secretariat@cgiam.fr  
**Site internet :** www.cgiam.fr

CGIAM

CS 76509

50009 SAINT LO CEDEX

### **BULLETIN DE DEMISSION**

Je soussigné(e),

**Nom, Prénom ou Raison Sociale :** .....

**Profession :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Adhérent au CGIAM sous le numéro :** .....

Déclare cesser mon adhésion au Centre de Gestion Interprofessionnel Agréé de la Manche

**à compter du :** .....

**Pour le motif suivant :** .....

**Nom du Cabinet Comptable :** .....

Fait à : ..... le : .....

Signature précédée de la mention manuscrite  
« Lu et Approuvé »