

RSI Picardie
11 Allée du Nautilus
80440 GLISY
☎ : 03.22.46.81.50
☎ : 03.22.33 26 39
Site internet : www.rsi.fr
Email : contact@picardie.rsi.fr



CHOIX DE L'ORGANISME CONVENTIONNE

Vous devez choisir dans la liste au verso, la Compagnie d'Assurances ou la Société Mutualiste avec laquelle vous désirez être en relation directe et constante pour le règlement de vos prestations.

« Ce choix est valable pour l'année civile en cours et l'année suivante. Il se renouvelle par tacite reconduction, sauf dénonciation adressée par lettre recommandée, trois mois avant l'expiration de chaque période annuelle au Régime Social des Indépendants (RSI) à laquelle se trouve affilié l'intéressé. Pour être valable, la dénonciation doit indiquer le nouvel Organisme habilité, choisi par l'intéressé. »

LISTE DES ORGANISMES CONVENTIONNES

310 – RADIANCE M.P.I.

Siège Social : Zac Vallée des Vignes - 53, Avenue d'Italie – le JULIENAS – CS 70031
80094 AMIENS CEDEX 3 - ☎ 03 22 82 82 32
☎ : Picardie@radiance.fr

Bureaux Annexes :

Somme : Cité des Métiers 80440 – BOVES ☎ 03 22 50 40 17
45, rue du Maréchal Foch - 80100 ABBEVILLE - ☎ 03 22 19 21 33

Aisne : 2, rue Saint Christophe - 02200 SOISSONS - ☎ 03.23.59.39.91
12, place du palais de justice - 02100 ST QUENTIN - ☎ 03.23.62 68 27

Oise : 106 Rue Faidherbe - 60184 NOGENT SUR OISE - ☎ 03.44.74.30.34 -
FAX 03.44.74.30.69
15 Rue d'Austerlitz – 60200 COMPIEGNE - ☎ 03.44.20.16.30
41 Rue de la Madeleine - 60000 BEAUVAIS - ☎ 03.44.11.12.40

110 – RAM de PICARDIE

Siège Social : Zac Vallée des Vignes - 5 Avenue d'Italie – CS 25501
80055 AMIENS CEDEX 1 - ☎ 03 22 72 37 60 - FAX 03.22.91.26.77
☎ : picardie@ramgamex.tm.fr ou contact@ramgamex.fr

Bureaux de Renseignements :

Aisne : 46 rue de Crécy
02007 LAON Cedex - ☎ 0811.012.012 – Fax : 03 23 23 72 11

Oise : Cour le Roy - 10 rue des Bonnetiers
60200 COMPIEGNE - ☎ 0811.012.012 - Fax : 03 44 86 74 22

230 – U.M.C.A.P.I.

Siège Social : 4 Bis rue des Capucins
60200 - COMPIEGNE - ☎ 03 27 28 82 19 – Fax : 03 27 40 10 22
☎ : m.masset@justensemble.fr

Je déclare choisir l'Organisme Conventionné :

O.C. :

N° :

NOM _____

PRENOM _____

N° Insee (n° de sécurité sociale) : ____/____/____/____/____/____

A _____, le _____

Signature :