

Formulaire de demande de changement d'adresse

**Vous êtes retraité et souhaitez signaler un changement d'adresse postale.
Merci de retourner cet imprimé dûment rempli :**

- **par courrier :** Caisse autonome de retraite des médecins de France
Service allocataires
46 rue Saint-Ferdinand
75841 Paris Cedex 17
- **par fax :** au 01.40.68.33.34
- **par email :** allocataires@carmf.fr

N° d'affiliation : N° de retraite : Date naissance :
Nom :
Prénom :

Nouvelle adresse (résidence principale) :
.....
Code postal : Ville :
Pays :
Vous êtes : résident fiscal à l'étranger (*joindre un justificatif administratif du pays de résidence*) ;
 résident fiscal français.
N° téléphone : Email :
Date du changement d'adresse :

Fait à

le

Signature du médecin

Conformément à la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au service allocataires de la CARMF.