

Formulaire de demande de changement de domiciliation bancaire - Allocataires

Vous êtes allocataire et souhaitez signaler un changement de domiciliation bancaire.

Merci de nous envoyer un courrier avec votre nom, prénom, numéro de dossier et adresse, daté, signé accompagné :

- **d'un relevé d'identité bancaire**
- **d'une photocopie d'une pièce d'identité**

à l'adresse :

Caisse autonome de retraite des médecins de France
Service Comptable - Allocataires
46 rue Saint-Ferdinand
75841 Paris Cedex 17