



Caisse Autonome de Retraite  
des Médecins de France

46 rue Saint-Ferdinand - 75841 PARIS CEDEX 17  
TEL. 01 40 68 32 00 - FAX 01 40 68 33 73 - SERVEUR VOCAL 01 40 68 33 72 - INTERNET : <http://www.carmf.fr>

## Formulaire de changement d'adresse

**VOUS ÊTES COTISANT :**

Merci de nous retourner cet imprimé dûment rempli par fax au 01 40 68 33 63,  
ou à l'adresse figurant ci-dessus.

**N° d'affiliation :**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :**

**Nouvelle adresse professionnelle (domicile pour les remplaçants) :** .....

.....  
.....  
.....

**Code Postal :**      **Ville :** .....

**Pays :** .....

**N° de téléphone :**

**Date du changement d'adresse :**

A

Le

Signature du Médecin