

## Formulaire de demande de changement de domiciliation bancaire - Cotisant

**Vous êtes cotisant et souhaitez signaler un changement de domiciliation bancaire.  
Merci de retourner cet imprimé daté, signé et accompagné d'un relevé d'identité bancaire :**

- **par courrier :** Caisse autonome de retraite des médecins de France  
Service Comptable - Cotisant  
46 rue Saint-Ferdinand  
75841 Paris Cedex 17
- **par fax :** au 01.40.68.33.73
- **par email :** comptabilite@carmf.fr

**Vos références :**

N° de dossier : .....

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

CP ..... Ville .....

Je vous informe de ma nouvelle domiciliation bancaire et vous adresse un relevé d'identité bancaire afin de pouvoir opérer toutes modifications nécessaires.

Je vous demande d'utiliser cette nouvelle domiciliation pour toutes opérations bancaires relatives à mes cotisations<sup>(1)</sup> que vous aurez dorénavant à effectuer sur mon compte.

Fait à ..... le .....

Signature

*PJ. : 1 RIB*

<sup>(1)</sup> Pour toute modification bancaire relative à vos prestations, merci de bien vouloir [télécharger le formulaire pour les allocataires](#).