

Formulaire de demande de changement de domiciliation bancaire - Allocataires

**Vous êtes allocataire 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 - Allocataires
46 rue Saint-Ferdinand
75841 Paris Cedex 17
- **par fax :** au 01.53.81.89.21
- **par email :** compta.alloc@carmf.fr

Vos références :

N° de dossier :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

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

Fait à : le :

Signature

PJ. : 1 RIB

⁽¹⁾ Pour toute modification bancaire relative à vos cotisations, merci de bien vouloir [télécharger le formulaire pour les cotisants](#).

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 à la [division cotisants de la CARME](#).