

**DEMANDE DE CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES**

*Une demande par personne, à adresser :*

- à la Direction des Ressources Humaines pour le personnel non médical et les sages-femmes
- à la Direction des Affaires Médicales pour le personnel médical, pharmaceutique, biologique et odontologique

Je soussigné(e),

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

MATRICULE<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Date de naissance<sup>1</sup> : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_

SERVICE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

demande le changement de mes coordonnées bancaires selon le RIB joint au présent formulaire pour le versement de mon salaire à compter de la date suivante \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'agent :

*Le présent formulaire doit être signé sans quoi le changement ne pourra pas être pris en compte et doit être accompagné de votre RIB en deux exemplaires.*

<sup>1</sup> Ces indications permettent de s'assurer de votre identité. Vous trouvez votre matricule sur votre bulletin de paie au-dessus de votre nom.