



***Service Mutualisateur de paie***

***Bd de la République,***

***Cayenne 97300,***

***Guyane française***

DOSSIER ADMINISTRATIF AED DEMANDE DE MODIFICATION

Nom ..................................................................Nom d’usage (si différent) ................................................

Prénom…………...............................................

Numéro INSEE : ........................................................................................................................................

Emploi occupé : ❑ AED

Etablissement d’affectation : .....................................................................................................................

Département : ...…………………………………………………………………………………………………..

**Demande à ce que soit pris(e) en compte :**

* Ma nouvelle adresse : ..................................................................................................................

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

* Mon nouveau numéro de téléphone :…………………………………………………………………
* Ma nouvelle référence bancaire

*Joindre impérativement un RIB* ***original*** *fourni par votre établissement bancaire à* ***votre nom et prénom*** *(en cas de compte joint, votre prénom devra être mentionné in extenso)*

* Mon changement de situation familiale : ......................................................................................

*Joindre une copie du livret de famille, un extrait de jugement de divorce, un justificatif de PACS et un RIB ou un RIP en cas de changement de nom*

* Mon changement de caisse de sécurité sociale

*Joindre un justificatif d’affiliation*

Fait à .............................. le ......................................

Signature