



Entité d'application : C.H.U. de Bordeaux
Emetteur : Direction des Affaires Médicales

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

**Imprimé de changement de compte bancaire ou postal
Personnel médical**

Nom d'usage
Nom patronymique
Prénom
Code Agent
Grade Service ou Pôle
Adresse personnelles : N° et nom de la rue
.....
.....
Code postal Commune

Portable :

Domicile :

(Les agents qui sont sur liste rouge et qui ne désirent pas mentionner ci-dessus leurs coordonnées téléphoniques doivent déposer ces renseignements sous enveloppe cachetée et dûment identifiée. Cette enveloppe sera ouverte uniquement en cas de déclenchement du plan blanc.)

Ancienne domiciliation bancaire

Banque : N° de compte :

A Le
Signature

AGRAFER LE NOUVEAU RIB OU RIP

Le nom du titulaire doit être en concordance avec le nom d'usage
Pas de compte sur livret

Document à remettre à la Direction des Affaires Médicales