

Annexe 3.3 – Demande d’ajout administrateur suppléant

Partenaires :

Convention n°

Caisse d’Allocations familiales de la Charente-Maritime
TSA 47123
17073 LA ROCHELLE CEDEX 9

A l’attention de l’administrateur « Mon Compte Partenaire »

Prénom et NOM de l’administrateur à habiliter :

Fonction :

Coordonnées :

- Numéro de téléphone (renseigner au moins un numéro) :

○ Téléphone fixe :

○ Téléphone mobile :

- Adresse mél **personnelle et individuelle** :

Ces coordonnées seront utilisées par la Caf uniquement dans le cadre de la gestion de l’accès à « Mon Compte Partenaire ».

| Pour le Partenaire (son représentation légal) | L’administrateur |
|---|------------------|
| | |