

Annexe 3.2 -Demande de modification 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 :

Cet administrateur remplace-t-il un administrateur existant : oui non

Si oui,

- précisez les prénoms et noms de l'administrateur à remplacer :
- Précisez l'adresse mél de l'administrateur à remplacer :
- Cette personne est-elle toujours identifiée comme utilisateur bien qu'elle ne soit plus administrateur :
 oui non

Coordonnées :

- Numéro de téléphone (renseigner au moins un numéro) :
 - o Téléphone fixe :
 - o 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 ».

Signatures :

Pour le Partenaire (son représentation légal)	L'administrateur