

Annexe 3.4 – Demande de suppression administrateur principal

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 supprimer :

Fonction :

Coordonnées :

- Numéro de téléphone (renseigner au moins un numéro) :
 - Téléphone fixe :
 - Téléphone mobile :
- Adresse mél **personnelle et individuelle** :
- Cette personne est-elle toujours identifiée comme utilisateur bien qu'elle ne soit plus administrateur :
 oui non

L'administrateur suppléant devient l'administrateur principal du compte partenaire Caf.

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