

Annexe 3.5 –Demande de suppression 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 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 2 devient donc l'administrateur principal du compte.

Pour le Partenaire (son représentation légal)	L'administrateur