



Service mutualisateur de paie  
141 avenue Boucicaut  
71100 Chalon sur Saône

## **DOSSIER ADMINISTRATIF AED**

### **DEMANDE DE MODIFICATION**

Nom ..... Nom d'usage (si différent) .....

Prénom .....

Numéro INSEE : .....

Emploi occupé :  AED

Etablissement d'affectation : .....

Département :  21  58  71  89

#### **Demande à ce que soit pris(e) en compte :**

ma nouvelle adresse : .....  
.....

mon nouveau numéro de téléphone : .....

ma nouvelle référence bancaire  
*Joindre impérativement un RIB fourni par votre établissement bancaire à **votre nom et prénom** (en cas de compte joint, votre prénom devra être mentionné)*

mon changement de situation familiale : .....  
*Joindre une copie du livret de famille, un extrait de jugement de divorce, un justificatif de PACS et un RIB ou un RIP en cas de changement de nom*

mon changement de caisse de sécurité sociale  
*Joindre un justificatif d'affiliation*

Fait à ..... le .....

Signature