

Annexe 7

Changement d'administrateur

Expéditeur

Partenaires : Nom à compléter

Convention : n° de convention à compléter

Destinataire

Caisse d'Allocations familiales de la Moselle
TSA 50018
57020 Metz Cedex 01

À envoyer par mail à l'adresse :
moncomptepartenaire@caf57.caf.fr

Objet : modification d'un administrateur

Prénom et nom de l'administrateur à habiliter : Saisir prénom et NOM

Fonction : Saisir l'intitulé du poste de la personne à habiliter

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

Si oui,

- préciser les prénoms et noms de l'administrateur à remplacer :
SAISIR PRENOM ET NOM
- préciser l'adresse mél de l'administrateur à remplacer : SAISIR ADRESSE MEL

Coordonnées :

- **Numéro de téléphone (renseigner au moins un numéro) :**
 - Téléphone fixe : SAISIR LE NUMERO DE TELEPHONE DE L'ADMINISTRATEUR
 - Téléphone mobile : SAISIR LE NUMERO DE TELEPHONE DE L'ADMINISTRATEUR
- **Adresse mél personnelle et individuelle :**
SAISIR L'ADRESSE MEL PERSONNELLE DE L'ADMINISTRATEUR

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

Pour le Partenaire	L'administrateur
RENSEIGNER LA FONCTION DU SIGNATAIRE	RENSEIGNER LA FONCTION DU SIGNATAIRE
Prénom NOM et signature	Prénom NOM et signature