

## COTISANTS : FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE



Numéro d'affiliation CAVOM :

NOM DE FAMILLE   
(nom de naissance)

Prénom :

Nom d'usage (s'il y lieu) :

### ANCIENNE ADRESSE :

Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal :  Commune :

Adresse professionnelle : Nom de la société :

N° et nom de la voie :

Code postal :  Commune :

Téléphone : Professionnel  Personnel :

Fax :  E-mail : .....

### NOUVELLE ADRESSE (Cochez l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre courrier) :

Adresse personnelle : N° et nom de la voie :

Code postal :  Commune :

Adresse professionnelle : Nom de la société :

N° et nom de la voie :

Code postal :  Commune :

Fax :  E-mail : .....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :

· La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du code de la Sécurité sociale, 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

· La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.