



DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

VERSEMENT DES SALAIRES MODALITES

NOM :-----

Nom de jeune fille (s'il y a lieu) :-----

Prénom :-----

Adresse :-----

Grade :-----

Matricule :-----

Etablissement d'affectation :-----

Service :-----

Demande qu'à partir du mois de :-----

mes salaires soient versés à l'Etablissement ci-après :

Nom et adresse bancaire :-----

Conformément aux indications portées sur le relevé d'identité bancaire ci-joint.

Rouen, le

Signature

NB : la demande doit être transmise à la D.A.M. avant le 5 du mois M pour être prise en compte pour la paie du mois M.