

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE

EFS Ile de France – Site de Bouvier
DNRIHSR – CNRGS
Laboratoire d'Immuno-Hématologie Spécialisée
20 rue Bouvier – BP79
75222 Paris Cedex 11

Fait à, le

Objet : formulaire de changement d'adresse

Je soussigné(e), NOM de famille :
(ex nom de naissance)
Prénom :
Nom d'usage :
(ex nom marital)

travaillant àen tant que
certifie que :

NOM de famille :
(ex nom de naissance)
Prénom :
Nom d'usage :
(ex nom marital)
Né(e) le :

est maintenant domicilié à l'adresse suivante :

Ses coordonnées téléphoniques sont :

Je prends bonne note qu'il est souhaitable que cette personne détruise le document personnel résumant ses caractéristiques immuno-hématologiques avec l'ancienne adresse, une fois qu'elle aura reçu son nouveau document.

Nom et Signature