**BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL ET UNION INTERNATIONALE DES TÉLÉCOMMUNICATIONS**

**FONDS D'ASSURANCE MALADIE DU PERSONNEL**

NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° Personnel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADDRESSE PRIVEE**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| Tél. |
| E-mail: |

**ADDRESSE BANCAIRE**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nom de Banque :*** |  | |
| ***Addresse :*** |  | |
| ***n° de compte / IBAN :*** |  | |
| ***BIC / SWIFT*** |  | ***ABA / N° de Routage***  ***ou Code de tri*** |
| ***devises du compte:*** |  | |

*Date: Signature:*

NB: Le formulaire de changement de compte bancaire ne concerne que les retraités, il n'est pas applicable au personnel actif du BIT.