



Centre Hospitalier de Lens

## Changement d'adresse

Matricule : .....

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Service : .....

Ancienne adresse : .....

.....

à compter du .....

Nouvelle adresse : .....

.....

Fait à ....., le .....

Signature :