

Merci d'indiquer vos :

NOM :

Prénom :

Date et signature :

PIÈCES INDISPENSABLES BC

- **Le volet A « AGENT » avec votre signature**
(Rubriques complètes A01 à A03)
- **Le volet B « ORGANISME PRESTATAIRE » avec cachet et signature**
(Rubriques complètes B01 à B03)
- **Le volet C ETABLISSEMENT EMPLOYEUR avec cachet et signature**
(Rubriques complètes C01 à C05)

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- 1 - Une attestation d'ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière**
- 2 - La photocopie de votre dernier bulletin de salaire**

**Fournir les originaux des volets A - B - C
Tout dossier incomplet sera rejeté**

***Avant de renvoyer votre dossier, vérifiez qu'il est correctement rempli
et qu'il comprend toutes les pièces indispensables***