



Formulaire de Changement d'Adresse

Quel est votre nom? _____

Quel est votre numéro d'enregistrement auprès de la Claims Conference? _____

Veillez indiquer votre **ancienne adresse** ci-dessous:

Adresse de la rue, App:		Ville/Municipalité:	
Région/Etat/Province:	Pays:	Code postale:	

Veillez indiquer votre **nouvelle adresse** ci-dessous:

Adresse de la rue, App:		Ville/Municipalité:	
Région/Etat/Province:	Pays:	Code postale:	

E-mail: _____ Téléphone: _____

Je soussigné(e), _____, par la présente autorise la Claims Conference et lui ordonne d'envoyer toute correspondance à la nouvelle adresse ci-dessus.

Signature

Signature de _____

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Veillez nous envoyer ce formulaire accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité valide, délivrée par le gouvernement.

Si ce formulaire est signé par un représentant légal, veuillez également joindre un formulaire de procuration ainsi que le Formulaire Médecin.

Voir les adresses postales ci-dessous :

Pour Israël et l'Europe de l'Est:	Pour l'Europe de l'Ouest et l'Afrique du Nord:	Pour tous les autres pays:
Claims Conference P.O.B. 20064 6120001 Tel Aviv Israël	Claims Conference Postfach 90 05 43 60445 Frankfurt am Main Germany	Claims Conference P.O. Box 1215 New York, NY 10113 USA