FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ETUDIANTS HOSPITALIERS

***MEDECINE***

## DOCUMENT INDISPENSABLE à votre REMUNERATION

**Le dossier est transmis en ligne**

<https://aphm-rhstart.digihosp.fr/>

**Les pièces à transmettre sont :**

**- deux Relevés d’identité bancaire, postal ou de Caisse d’Epargne (pas de compte épargne) ;**

**- une photocopie recto-verso de la Carte d’Identité ou une photocopie recto-verso de la Carte de séjour;**

**- une photocopie de la Carte vitale.**

**AVANT LE : 03 septembre 2024**

***Quel que soit le mode de paiement choisi (C.C.P., compte bancaire ou de Caisse d’Epargne), les paiements par virements ne peuvent être effectués* que *sur un compte ouvert au nom de l’intéressé(e)* ou *sur un compte joint (exemple : Monsieur OU Madame) à l’exclusion de toute procuration.***

Pour tout renseignement complémentaire,

✆ 04 91 38 20 65

**🖰** [**dam-etudiants@ap-hm.fr**](mailto:dam-etudiants@ap-hm.fr)

**Merci de signaler impérativement par COURRIER ou MAIL**

**tout changement d’adresse, de numéro de téléphone ou de R.I.B.**

T.S.V.P

**1er CHOIX : SERVICE : HOPITAL :**

##### NOM : Prénom : Prénoms :

*(En majuscules) (Dans l’ordre de l’Etat-Civil)*

*NOM d’EPOUSE**(en majuscules)*

***Situation de famille* :** CELIBATAIRE – CONCUBINAGE – MARIE(E) – DIVORCE(E) – VEUF(VE)- PACSE

*(Rayer les mentions inutiles)*

### Né(e) le *à* Ville

*(Jour) (Mois) (Année)*

Départemen**t** Pays(pour l’étranger)

*(En toutes lettres)*

##### Nationalité :

***N° de SECURITE SOCIALE :***

#### *ADRESSE MARSEILLE*

* *TELEPHONE PORTABLE* ***(obligatoire):***

**Adresse E-mail :**

## *ADRESSE HORS MARSEILLE ou PARENTS :*

* ***TELEPHONE PARENTS:***

# Marseille le : ……………………….. Signature : Signature :