

SIVU CONFLENT-CANIGOU

DEMANDE DE RESILIATION DU CONTRAT D'ABONNEMENT

DEMANDEUR

NOM :* PRENOM :*

ADRESSE :*

CODE POSTAL :* VILLE :*

TELEPHONE :*

COURRIEL :

ADRESSE DU BRANCHEMENT :

REF CONTRAT :*

N° COMPTEUR :*

INDEX ARRET DE COMPTE :* M3 -Relevé contradictoirement avec le service

Date d'effet de la résiliation* Délais de mise en arrêt : 15 jours
de l'abonnement (jj/mm/aaaa)

Adresse du logement* :
(si différente)

Code postal : VILLE :

NOM et Prénom du propriétaire :
(en cas de location)

Code postal : VILLE :

TELEPHONE :

COURRIEL :

EN CAS DE VENTE

- si propriétaire : attestation NOTARIALE

DATE ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

FAIT A

LE