



# AVIS DE RESILIATION

ORGANISME

\_\_\_\_\_

N° Abonné \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de la demande de résiliation (JJMMAA) \_\_\_\_\_

**Motif de la résiliation :**

- Décès
- Déménagement
- Motif personnel
- Présence à domicile / N'en a plus l'utilité
- Fin de contrat
- Autre, précisez : .....
- Départ en maison de retraite
- Hospitalisation
- Motif financier
- Changement de prestataire

**Appareil a retirer :**

- Domicile abonné
- Autre, précisez : .....
- Organisme / CCAS

Adresse : .....

.....

Téléphone : \_\_\_\_\_

Commentaires : .....

.....

Cachet

\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

