

AFFAIRE SUIVIE PAR

1 TITULAIRE DU CONTRAT

NUMÉRO D'APPEL CONCERNÉ

NOM / Prénom ou raison sociale   
Numéro de compte client   
Contact

2 RÉSILIATION

Date de résiliation souhaitée

3 MOTIF DE LA RÉSILIATION (choix unique obligatoire)

Perte d'emploi     Départ hors du territoire de la Nouvelle-Calédonie     Évolution de mes besoins et usages  
 Maitrise du budget     Changement de contexte du ménage     Raison professionnelle     Décès  
 Autre\*

4 FACTURATION

Envoi de la dernière facture suite à la résiliation

Sans changement     Avec changement  
 BP    BP     Code postal   
Localité     Pays   
 Domicile  
Appt. / Étage / Bât. / résidence   
N° / Rue     Code postal   
Localité     Pays

5 OBSERVATIONS

À  Le  /  / 20   
signature du client  
et cachet de la société   
(\*) Champ de saisie libre uniquement pour le motif Autre