

AFFAIRE SUIVIE PAR

NUMÉRO D'APPEL CONCERNÉ

1 TITULAIRE DU CONTRAT

NOM Prénom ou RAISON SOCIALE

Numéro de compte client

Contact

3 RÉSILIATION

Date de résiliation souhaitée

/ / 20

3 MOTIF DE LA RÉSILIATION (choix unique obligatoire)

Perte d'emploi

Maîtrise du budget

Raison professionnelle

Départ hors de la Nouvelle-Calédonie

Changement de contexte du ménage

Autre* :

Évolutions de mes besoins et usages

Décès

3 FACTURATION

Envoi de la dernière facture suite à la résiliation :

Sans changement Avec changement

BP : N° de BP Code postal
Localité Pays

Domicile : Apt/ Étage/ Bât/ Résidence
N°/ Nom de rue Code postal
Localité Pays

Email :

9 OBSERVATIONS

À le / / 20

Signature du client et cachet de la société

* Champ de saisie libre uniquement pour le motif Autre