

AFFAIRE SUIVIE PAR

1 **TITULAIRE DU CONTRAT**

NUMÉRO D'APPEL CONCERNÉ ■■■■■■

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

Départ hors de la Nouvelle-Calédonie

Évolutions de mes besoins et usages

Maîtrise du budget

Changement de contexte du ménage

Décès

Raison professionnelle

Autre* :

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