

RÉSILIATION D'ABONNEMENT

Numéro Abonné :

Nom : Prénom :

Adresse complète :

.....

Code Postal : Ville :

MOTIF DE RÉSILIATION

Maison de retraite Décès Hôpital Meilleur santé

Convenance personnelle Déménagement

Autre

MATÉRIEL

Le matériel est :

Au domicile du bénéficiaire Envoyé par voie postale avec l'enveloppe préaffranchie

Autre, précisez : (Contact / coordonnée)

.....

CERTIFICAT DE RESTITUTION

Le :/...../.....

Le restituant Signature :

Document à remplir, signer et renvoyer :

Par mail :

teleassistance@somme.fr

Par voie postale :

Conseil départemental de la Somme - Direction
de l'autonomie
49 boulevard de Châteaudun
80026 Amiens
CS32615 CEDEX 1