

DEMANDE DE RESILIATION ABONNEMENT ANNUEL PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

COORDONNÉES DU TITULAIRE DE L'ABONNEMENT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Numéro de carte Badgeo : _____

VOTRE DEMANDE

ABONNEMENT ANNUEL par prélèvement automatique réseau fluo Grand Est 67

combiné fluo Grand Est 67 + CTS / TIS / RITMO

Tout mois entamé est dû. L'arrêt de votre abonnement annuel prendra effet le mois suivant le dépôt de la demande de remboursement sur la base de 9 premiers mois payants, 3 derniers mois gratuits. Les mois gratuits ne peuvent donner lieu à un remboursement. Le remboursement est effectué uniquement par chèque.

Prix du titre : _____ Date de validité du titre : du _ / ___ / ___ au _ / ___ / ___

Arrêt de l'abonnement à partir du _ / ___ / ___

L'arrêt du prélèvement pour le mois suivant doit être demandé au plus tard le 20 du mois en cours.

Au-delà du 20, la résiliation du prélèvement devient effective le mois M+2.

Motif de résiliation : _____

Date et Signature du client

Le ___ / ___ / ___

PARTIE RÉSERVÉE A LA CTBR

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE : _____

DATE DE RESILIATION EFFECTIVE : _____

MATRICULE DE L'AGENT : _____