

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

/ / 2 0

signature du client
et cachet de la société

(*) Champ de saisie libre uniquement pour le motif Autre