



RESILIATION D'ABONNEMENT

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Destinataire : **VITARIS**

A l'attention de : Agence Ile de France - 91

Mail/Télécopie : teleassistance91@vitaris.fr

COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Numéro Abonné :

Nom :

Prénom :

Résidence :

Adresse complète :

Code Postal :

Ville :

- DECES
- MAISON DE RETRAITE
- HÔPITAL
- INADAPTE
- CHANGEMENT DE DOMICILE
- MEILLEURE SANTE
- MECONTENT
- TIERCE PERSONNE
- PAS DE RAISONS CONNUES

- A DISPOSITION DU CCAS
- A RETIRER AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

NOTES