

RESILIATION D'ABONNEMENT

De : CCAS ou commune de _____

Jours et horaires d'ouverture pour passage de VITARIS afin de récupérer le matériel dans vos locaux :

- ☐ LUNDI de ____ H ____ à ____ H ____ ou de ____ H ____ à ____ H ____
☐ MARDI de ____ H ____ à ____ H ____ ou de ____ H ____ à ____ H ____
☐ MERCREDI de ____ H ____ à ____ H ____ ou de ____ H ____ à ____ H ____
☐ JEUDI de ____ H ____ à ____ H ____ ou de ____ H ____ à ____ H ____
☐ VENDREDI de ____ H ____ à ____ H ____ ou de ____ H ____ à ____ H ____

Nom de l'agent : _____

Tampon / Signature du CCAS ou de la commune :

Date : ____ / ____ / ____

Destinataire : VITARIS - Agence locale de l'Essonne - BONDOUFLE (91)

Mail : teleassistance91@tunstall.com

COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Numéro Abonné : _____

Nom Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

MATERIEL DEPOSE

Le matériel suivant a été déposé au CCAS ou dans les locaux de la commune :

- ☐ BOITIER DE TELEASSISTANCE ☐ EMETTEUR(S) ☐ OPTION INCLUSE : DETECTEUR INACTIVITE (INFRAROUGE OU OUVERTURE)
☐ AUTRES OPTIONS ADDITIONNELLES EVENTUELLES : _____

MOTIF DE LA RESILIATION

- ☐ MAISON DE RETRAITE ☐ DECES ☐ HÔPITAL ☐ CONVENANCE PERSONNELLE ☐ MEILLEURE SANTE
☐ DEMENAGEMENT ☐ AUTRE : _____

OBSERVATIONS

A remettre au restituant

CERTIFICAT DE RESTITUTION

Nom du restituant : _____

Adresse : _____

Le matériel suivant a été déposé au CCAS ou dans les locaux de la commune :

- ☐ BOITIER DE TELEASSISTANCE ☐ EMETTEUR(S) ☐ OPTION INCLUSE : DETECTEUR INACTIVITE (INFRAROUGE OU OUVERTURE)

LE RESTITUANT Signature

CCAS ou COMMUNE Signature / Tampon