

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