

Objet : Mise à jour de la base de données

Nous vous remercions par avance de nous retourner le coupon ci-dessous dûment complété par courrier ou par mail aux coordonnées ci-dessous :

servicedeseaux.sillanslacascade@dracenie.com

**POLE CLIENTS SUD
CENTRE TECHNIQUE MUNICIPAL
4156 ROUTE NATIONALE 7
83550 VIDAUBAN**

MADAME	MONSIEUR
Nom (ou raison sociale) :	Nom (ou raison sociale) :
Prénom	Prénom :
Nom Naissance :	Nom Naissance :
Date de Naissance : / /	Date de Naissance : / /
Lieu de Naissance : Pays :	Lieu de Naissance : Pays :
Numéro SIRET (si entreprise) :	Numéro SIRET (si entreprise) :
Demeurant à N° et rue (adresse d'envoi de la facture) :	Demeurant à N° et rue (adresse d'envoi de la facture) :
Code Postal :	Code Postal :
Commune :	Commune :
N° de Téléphone mobile : / / /	N° de Téléphone mobile : / / /
Adresse e-mail:	Adresse e-mail:
Agissant en tant que : <input type="checkbox"/> LOCATAIRE <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE	Agissant en tant que : <input type="checkbox"/> LOCATAIRE <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE
Si locataire, Nom du propriétaire ou organisme :	Si locataire, Nom du propriétaire ou organisme :
<u>Adresse du logement desservi :</u>	<u>Adresse du logement desservi :</u>
Résidence Secondaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Résidence Secondaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
N° : Bat : Etage :	N° : Bat : Etage :
Voie :	Voie :
Code Postal :	Code Postal :
Commune :	Commune :

Souhaite adhérer au prélèvement à échéance : (Si oui : Merci de nous joindre votre RIB)

OUI

NON

Je désire être informé en cas d'imprévu :

par Courriel

par SMS

Pour raisons médicales (dialyse à domicile, autre...), la continuité de service pour l'alimentation en eau potable doit être maintenue à mon habitation.

Informations importantes à communiquer au service :

.....

Date :

Signature :