

DEMANDE DE RESILIATION

Destinataire : VITARIS

A l'attention de : Pôle clients

Mail / Télécopie : pole.clients@vitaris.fr / 03 85 73 09 60

Date :

COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Numéro Abonné :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

MOTIF DE RESILIATION

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

NOTES