**DEMANDE DE RÉSILIATION**

Je soussigné(e) ………………………………………………………………………………………………………….

Domicilié(e) : ………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………………

Tél / Mail  : ………………………………………………………………………………………………………………

Souhaite résilier mon abonnement pour à compter du …………………………………………

 Fait à ………………………………………………… , le ……………………………

Signature

**AVIS DU SICGPOV**

Traité le ……………………………………………………

Visa du SICGPOV