

# YVELINES & HAUTS-DE-SEINE ÉCOUTE ASSISTANCE

## DEMANDE DE RÉSILIATION

Votre demande de résiliation doit être faite auprès de votre CCAS, c'est eux qui la transmettront à VITARIS.  
La facturation sera arrêtée à la fin du mois en cours et quand le matériel sera restitué au CCAS.

### COORDONNÉES DU CCAS

Nom du CCAS : .....

Nom du représentant du CCAS : .....

### LE PRESTATAIRE DE TÉLÉASSISTANCE

TUNSTALL / VITARIS

Agence VITARIS 78/92 - 3, rue du Verdun 78590 NOISY-LE-ROI

01.30.56.43.91

Pour les Hauts-de-Seine : [teleassistance92@vitaris.fr](mailto:teleassistance92@vitaris.fr) / Pour les Yvelines : [telassistance78@vitaris.fr](mailto:telassistance78@vitaris.fr)

### COORDONNÉES DE L'ABONNÉ(E)

NUMÉRO D'ABONNÉ(E) :

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### COORDONNÉES DU RESTITuant

L'abonné(e) lui-même

Un proche :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec le(s) bénéficiaire(s) : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

### MOTIF DE RÉSILIATION

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Décès              | <input type="checkbox"/> Hôpital            | <input type="checkbox"/> Inadapté       |
| <input type="checkbox"/> Maison de retraite | <input type="checkbox"/> Pas de motif connu | <input type="checkbox"/> Mécontentement |
| <input type="checkbox"/> Déménagement       | <input type="checkbox"/> Meilleure santé    | <input type="checkbox"/> Autre : .....  |
| <input type="checkbox"/> Aidant permanent   |   |   |

### RETOUR DE L'APPAREIL

OUI  NON  
Date : ..... / ..... / ..... La raison : .....

### Date & Signatures

<i>Le restituant</i>	<i>Le représentant du CCAS</i>
----------------------	--------------------------------