

N° de Client

N° de Contrat

N° GEC

Raison sociale/Nom et Prénom* : MF/CIN* :
 Téléphone* : GSM* : FAX* :
 Adresse Facturation* : Ville* : code postal* :
 E-mail* :
 Service objet de la demande de remboursement :
 Adresse d'installation* :
 Ville* : code postal* : Numéro de ligne
 Numéro RIB / RIP : Agence bancaire :

Remboursement TOTAL <input type="checkbox"/>	* Fiche de retour MODEM obligatoire
PARTIEL <input type="checkbox"/>	
Description du motif de remboursement	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Date et Signature du Client

Espace réservé à l'ATI

Avis de la Direction Commerciale

ACCORD REFUS Transmission dossier à la Direction Technique

Période accordée objet du remboursement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date, Nom et Prénom de l'agent traitant

Avis de la Direction Technique

ACCORD REFUS

Période accordée objet du remboursement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date, Nom et Prénom de l'agent traitant