

FORMULAIRE DÉMÉNAGEMENT

Veuillez contacter le SMICTOM avant chaque changement de situation



03 25 84 43 71



smictomsud52@wanadoo.fr



www.smictomsud52.fr

VOTRE IDENTITE

HABITANT 1

Nom Prénom :

Né le :/...../..... à (Commune).....

Tél : / / / Port. : / / /

Mail :

HABITANT 2

Nom Prénom :

Né le :/...../..... à (Commune).....

Tél : / / / / Port. : / / /

J'autorise le SMICTOM à m'envoyer des informations pratiques par mail

VOTRE NOUVELLE ADRESSE

Locataire Propriétaire Logé à titre gratuit chez un Tiers (Nom-Prénom :)

Résidence Principale Résidence Secondaire

Date d'entrée dans le logement :/...../.....

Appt : Etage : Adresse (n° + voie) :

Code postal : Commune :

Nombre de personnes domicilié au foyer : dont enfants en garde alternée

N° du bac : N° de la puce : 041A..... Si serrure, remise de Clés : oui non

Connaissez-vous le nom des anciens occupants ? Oui (Nom Prénom) : non

VOTRE ANCIENNE ADRESSE

Locataire Propriétaire Logé à titre gratuit chez un Tiers (Nom-Prénom :)

Résidence Principale Résidence Secondaire

Date de sortie du logement :/...../.....

Appt : Etage : Adresse (n° + voie) :

Code postal : Commune :

N° du bac : 00..... N° de la puce : 041A..... Bac avec serrure : oui non

Connaissez-vous le nom des nouveaux occupants ? Oui (Nom Prénom) : non

SI VOUS ÊTES LOCATAIRE

Nom-Prénom du Propriétaire :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : / / /

EN CAS DE RESIDENCE SECONDAIRE

Adresse de résidence principale (n° + voie) :

.....

Code postal : Commune :

Pays :

EN CAS DE DOTATION EXCEPTIONNELLE

Je souhaite un bac au volume immédiatement supérieur :

Au titre d'une demande exceptionnelle

Pour raison sanitaire (motif médical, protections, etc..)

Pour raison professionnelle -> Activité – SIRET :

Je reconnais avoir été informé que cette dotation au volume supérieur aura une incidence sur ma facture d'ordures ménagères à venir

Je souhaite un second bac à titre professionnel,
alors je remplis le formulaire PROFESSIONNEL

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la fourniture de bacs d'ordures ménagères sur le territoire du SMICTOM. Les destinataires des données sont le SMICTOM, votre Communauté de Communes et votre Commune.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au SMICTOM à l'adresse ci-dessous.

Je reconnais que les informations mentionnées sont exactes et
m'engage à signaler tout changement de situation au SMICTOM

Date : / /

Signature :



SMICTOM
SUD HAUTE-MARNE
Collecte des déchets ménagers

Siège : 18 rue Château du Mont - 52600 CHALINDREY
Permanence téléphonique :
Du lundi au vendredi : 9h - 12h / 13h30 – 17h