RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
VILLE DE ROQUEFORT-LA BÉDOULE
Département des Bouches-du-Rhône

TÉLÉASSISTANCE

DEMANDE D'ABONNEMENT

Je, soussigné(e) : ----------

Nom, Prénom :----------
Date de naissance : ----------
Situation familiale : ----------
Adresse : ----------
Téléphone : ----------

* Demande la mise en place, à mon domicile de la téléassistance.
* M'engage à payer par trimestre le montant de l'abonnement

Je sollicite le bénéfice d'une participation du C.C.A.S ☐

Je ne sollicite pas le bénéfice d'une participation du CCAS ☐

À Roquefort-La Bédoule, le ……../……./……..

Signature

Pièces à fournir :

- **Copie de la carte d'identité**
- **Certificat médical**
- **Avis d'imposition**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
VILLE DE ROQUEFORT-LA BÉDOULE
Département des Bouches-du-Rhône

TÉLÉASSISTANCE

CONDITIONS

Règlement : Voir extrait de règlement ci-joint, Articles 17 à 25.

Tarifs :

L'abonnement mensuel est fixé à 13 €

En cas de prise en charge partielle par le C.C.A.S, la participation mensuelle de l'abonné sera de 6,50 €

- **Mode de paiement :**

Par trimestre, en mairie, à l'ordre du trésor public, par chèque ou espèces.

Je soussigné(e)----------, certifie avoir pris connaissance des conditions énoncées ci-dessus.

Á Roquefort- La Bédoule, le----------

Signature :