

DEMANDE D'EXONÉRATION ABONNEMENT PART DÉLÉGATAIRE
ASSAINISSEMENT

Je soussigné(e),
Mme/Mr.....

Résidant
au.....
.....
.....

Atteste avoir un revenu fiscal de référence inférieur aux seuils d'éligibilité fixés par le Syndicat
d'assainissement de la Côte de Nacre pour l'année 2023.

Référence client (**Obligatoire**)
.....

Date.....
Date.....

Signature du bénéficiaire
Nom et fonction.....
Visa du CCAS

Dernière facture d'eau à joindre obligatoirement

