



Document à retourner sous 15 jours :

n.simon@pays-sarrebourg.fr

OU

Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) - Service Déchets
A l'attention de Madame SIMON



NOUVELLE ADRESSE DE L'ENTREPRISE

Raison sociale: _____ Date de déménagement

Nom et prénom du gérant: _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ Téléphone portable : ____ . ____ . ____ . ____

Mail: _____ (important)

N° et Rue: _____ N° Etage: _____

Code postal : _____ Ville: _____

Code APE (Secteur d'activité) : _____ N° de Siret : _____

LOCAUX DE L'ENTREPRISE EXISTANT CONSTRUCTION

L'entreprise est locataire L'entreprise est propriétaire

Nom et Prénom du propriétaire: _____

Adresse: _____ N° de Téléphone: _____

VOTRE ANCIENNE ADRESSE

N° et Rue: _____ N° apt: _____

Code postal : _____ Ville: _____

ADRESSE DE FACTURATION

Raison sociale: _____

N° et Rue: _____ N° apt: _____ N° Etage: _____

Code postal : _____ Ville: _____

Comptable :

Nom: _____ Mail: _____ N° téléphone: _____

ANCIEN OCCUPANT DE LA NOUVELLE ADRESSE

Raison Sociale: _____

A-t-il laissé des poubelles sur place? Non Oui

VOS CONTENEURS A TRANSFERER A VOTRE NOUVELLE ADRESSE

Ordures ménagères (couverture bordeaux ou rouge)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	→	<input type="text" value="N°"/>
Tri sélectif (couverture jaune, vert, gris ou bleu)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	→	<input type="text" value="N°"/>
Bac Carton (couverture Bleu)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	→	<input type="text" value="N°"/>

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE IMPERATIVEMENT POUR LE TRAITEMENT DE

Un extrait de KBIS à jour

Le présent formulaire complété et signé

Mandat de prélèvement + RIB (Si je souhaite le prélèvement automatique de mes factures semestrielles)

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et autorise le Pôle Déchets du Pays de Sarrebourg à effectuer les modifications nécessaires

Le : ____/____/____

Signature et cachet de l'entreprise
et mention manuscrite "Bon pour Accord"

