



**Veillez contacter le SMICTOM avant chaque changement de situation**

## 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  nonConnaissez-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  nonConnaissez-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 souhaite un second bac à titre professionnel, alors je remplis le formulaire PROFESSIONNEL*Je reconnais avoir été informé que cette dotation au volume supérieur aura une incidence sur ma facture d'ordures ménagères à venir*

## 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 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