

# Demande de remboursement

## Décompte des charges 2017

A renvoyer ou déposer au siège de COMENSIA ou aux Pôles de Proximité

Date : .....

N° locataire : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

TEL/GSM : .....

Email : .....

Numéro de compte : BE \_ \_ \_ \_ \_

Remarque :

*Je demande le remboursement du solde créditeur de mon compte client* .....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature