d'Électricité

CONTRAT DE SERVICE

Le _____

Nom(s) :_____ Compte _____

Adresse : _____ adresse du service : _____

_____ **Date début d'abonnement** :_____

Tarif :_____

(à compléter et retourner avec votre paiement)

tél. rés.: (_____)_____-_____ Autre tél. (cell/pagette)_____-_____-_____

Veuillez indiquer votre adresse antérieure:_____ _____

_____courriel :_____

Mme #.Ass. sociale: _____-_____-_____ **M.# Ass. sociale: _____-_____-_____**

Permis de conduire:_____ **Permis de conduire:_____**

Date de naissance:_____/_____/_____ Date de naissance:_____/_____/_____

Nom et prénom du conjoint:_____

Avez-vous déjà é té sur le réseau de la Coopérative d'Électricité: OUI NON

si oui en quelle année:_____ aide-sociale(s'il y a lieu)_____

Occupation/emploi membre no.1 Occupation/emploi membre no.2

Employeur:**#1**_____/_**#2**_____

Adresse/ville:_____/_____

Téléphone:(_____)_____-_____ Téléphone:(_____)_____-_____

Poste:_____Cellulaire:_____/_____

Si chômage (veuillez

cocher):_____courriel :_____

J'autorise la Coopérative Régionale d'Électricité à obtenir ou échanger des renseignements personnels avec tout agent de renseignements personnels aux fins d'établir ou de vérifier ma situation financière.

X_____

X_____

Signature de ou des clients

Coopérative Régionale d'Électricité
Service à la clientèle

N.B. À défaut de fournir les renseignements demandés à la satisfaction de la Coopérative, un dépôt de garantie supplémentaire peut être exigé.

3113 rue Principale, Saint-Jean-Baptiste Qc J0L 2B0 *tél : 450-467-5583 télécopieur 450-467-0092*
Courriel : info@coopsjb.com site web : www.coopsjb.com *sans frais 1-800-267-5583*