


Dr Tél : Fax : Email :	Code prestataire déclarant :
	<réservé CNS> 

Formulaire de déclaration : Appareil d'occasion donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Date d'établissement :

Données de l'appareil

Type	
Marque	
Numéro de série	
Première année de mise en service	
Achat	<input type="checkbox"/> Au Luxembourg <input type="checkbox"/> À l'étranger
Numéro de l'appareil si achat au Luxembourg	
Date d'installation	
Valeur d'acquisition	
Nom du propriétaire précédant / code prestataire si acquis au Luxembourg	
Compteur appareil	

Pièces à joindre

Facture d'acquisition acquittée

Adresse e-mail pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil :

En cochant la case ci-contre, j'autorise l'utilisation de l'adresse e-mail mentionnée ci-dessus pour l'envoi de correspondances relatives à l'utilisation de l'appareil.

Vous pouvez retirer votre consentement et vous désinscrire à tout moment en envoyant une demande de désinscription à l'adresse postale Service gestion prestataires 4, rue Mercier – B.P.1023 L-1010 Luxembourg ou par email à l'adresse gefo.cns@secu.lu.

Remarque(s) :	Signature du prestataire
---------------	--------------------------