


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

Formulaire de déclaration : Mise hors service d'un appareil donnant droit à la mise en compte de forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

Date d'établissement :

Données de l'appareil

Numéro de l'appareil	
----------------------	--

Date de mise hors service	
---------------------------	--

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
---------------	--------------------------