

<b>Dr</b>  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@secu.lu](mailto:gefo@secu.lu).

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