



Ce formulaire est à retourner au SMCOM

Mail : contact@smcom.fr
Tél : 03 81 46 27 00
Fax : 03 81 46 95 21

Courrier : SMCOM
2 RUE DES TOURBIERES
BP 235
25304 PONTARLIER CEDEX

DEMANDE DE REGROUPEMENT D'USAGERS

RAPPEL DU REGLEMENT :

- il est possible **entre voisins**, de se regrouper sous certaines conditions,
- Ces voisins choisissent librement et volontairement d'utiliser en commun le service public d'élimination des déchets,
- **un seul contrat** d'abonnement de regroupement d'usagers est établi,
- les voisins doivent alors désigner parmi eux comme abonné **un seul redevable** de la redevance d'enlèvement des ordures ménagères pour le regroupement,
- l'abonné au contrat de regroupement peut se faire rembourser par chacun des utilisateurs membres du regroupement (le calcul de la quote-part due pour chaque utilisateur ainsi que les modalités pour le recouvrement sont laissés à la discrétion des membres du regroupement),
- pour constituer un regroupement d'usagers, une demande d'adhésion doit être faite auprès du SMCOM,
- En cas de dénonciation de l'une des parties, le présent contrat prendra fin et sera automatiquement transformé en contrat type
- **la constitution d'un regroupement d'usagers est subordonnée à l'agrément par le SMCOM.**

Je soussigné,

NOM : Prénom :

Raison sociale : Nature de l'activité :

N° de rue:Rue :

Commune :

Tel : Portable :

Nombre de personne(s) au foyer:

Je soussigné,

NOM : Prénom :

Raison sociale : Nature de l'activité :

N° de rue:Rue :

Commune :

Tel : Portable :

Nombre de personne(s) au foyer:

Je soussigné,

NOM : Prénom :

Raison sociale : Nature de l'activité :

N° de rue:Rue :

Commune :

Tel : Portable :

Nombre de personne(s) au foyer:

Je soussigné,

NOM : Prénom :

Raison sociale : Nature de l'activité :

N° de rue:Rue :

Commune :

Tel : Portable :

Nombre de personne(s) au foyer:

Choisissons d'utiliser en commun le service de collecte. Est désigné comme abonné, seul redevable de la redevance d'enlèvement des ordures ménagères pour le regroupement :

ADRESSE DE FACTURATION

Nom : Prénom :

Raison sociale : Nature de l'activité :

Adresse de consommation :

Commune : Tel : Portable :

ADRESSE DE COLLECTE DES BACS

N° de rue:Rue :

Commune :

VOLUME DE BACS SOUHAITES POUR LE REGROUPEMENT

..... L vert etL jaune

SMCOM

2 RUE des Tourbières ~ BP 235~ 25304 PONTARLIER Cedex

 03 81 46 27 00  03 81 46 95 21  contact@smcom.fr  www.smcom.fr

Motif(s) de la demande :

.....
.....
.....
.....

Fait à, le

Nom, Prénom et Signature de l'ensemble des demandeurs :

NOM Prénom	Signature

ACCEPTATION DU SMCOM

ACCEPTATION DE LA DEMANDE PAR :

REFUS PAR :

MOTIF :

.....
.....
.....

SMCOM

2 RUE des Tourbières ~ BP 235~ 25304 PONTARLIER Cedex

☎ 03 81 46 27 00 📠 03 81 46 95 21 ✉ contact@smcom.fr 🌐 www.smcom.fr