

**DEMANDE D'EXONÉRATION ABONNEMENT PART DÉLÉGATAIRE**  
**ASSAINISSEMENT**

Je soussigné(e),

Mme/Mr.....

Résidant

au.....

.....

Atteste avoir un revenu fiscal de référence inférieur aux seuils d'éligibilité fixés par le Syndicat d'assainissement de la Côte de Nacre pour l'année 2024.

Référence client (**Obligatoire**)

.....

Date.....

Date.....

Signature du bénéficiaire

Nom et fonction.....

Visa du CCAS

**Dernière facture d'eau à joindre obligatoirement**