



NOM, Prénom :

Adresse :

CP – Ville :

Tél. :

Mail :

**DESTINATAIRE**

**Communauté de Communes  
Vierzon-Sologne-Berry**

2 rue Blanche Baron - BP 10232  
18100 VIERZON

**Demande de prise en charge 50% sur la facture de destruction d'hyménoptères**

Entreprise :

Date d'intervention : - Montant de la facture TTC :

**Pièces jointes : *Facture acquittée*  
*Relevé d'identité bancaire***

A le Signature



NOM, Prénom :

Adresse :

CP – Ville :

Tél. :

Mail :

**DESTINATAIRE**

**Communauté de Communes  
Vierzon-Sologne-Berry**

2 rue Blanche Baron - BP 10232  
18100 VIERZON

**Demande de prise en charge 50% sur la facture de destruction d'hyménoptères**

Entreprise :

Date d'intervention : - Montant de la facture TTC :

**Pièces jointes : *Facture acquittée*  
*Relevé d'identité bancaire***

A le Signature