

VEHICULE

MARQUE	TYPE	CV	N° IMMATRICULATION

PROPRIETAIRE

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

COMPAGNIE D'ASSURANCE

RAISON SOCIALE :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

GARANTIES

TOUS RISQUES	TIERCE COLLISION	ILLIMITEE AU TIERS	USAGE AFFAIRE
--------------	------------------	--------------------	---------------

CONDUCTEUR

NOM :

Prénom :

ADRESSE :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax. :

N° de PERMIS de CONDUIRE :

DATE et LIEU de DELIVRANCE :

ATTESTATION

Le conducteur soussigné, certifie que le véhicule ci-dessus désigné est assuré pour la période du 09 au 14 mai 2017 et décharge l'Organisation de toute responsabilité à ce sujet.

SIGNATURE