



CONTRAT D'OUVERTURE DE PORTE DOMICILE EN INTERVENTION D'URGENCE (Arrêté du 24 janvier 2017)

Je soussigné(e) Nom Prénom : Age :

Pièce d'Identité produite : ☐ Passeport ☐ Carte Nationale d'identité ☐ Titre de Séjour

Numéro du document Fait le à

CERTIFIE être :

☐ Propriétaire du lieu ☐ Locataire du lieu avec un bail ☐ Loueur de location saisonnière

☐ Autre : Précisez :

Du local situé : Code postal Ville :

Etage N° appartement : Code d'entrée : Mon logement a : ☐ - 2 ans ☐ + 2 ans

Je requiers, SOUS MA PROPRE RESPONSABILITÉ, les services de la société Relais Assistance Mascareignes SARL, Serrurier Dépanneur Installateur Certifié, titulaire de la carte professionnelle FMDS n°202404R5, pour ouvrir, PAR TOUS MOYENS CONVENABLES ET POSSIBLES, la fermeture du local ci-dessus indiqué.

(1) Avant toute intervention, je règle le montant du déplacement de :

€

Je suis informé(e) que le temps d'intervention d'une ouverture de porte, et donc le montant de la facturation, dépend du matériau composant la serrure ou le cylindre, de sa marque, de son état, de son niveau de sûreté et des moyens de protection de la porte.

(2) J'accepte l'ouverture de ma porte au montant convenu de :

€

SOIT UN MONTANT TOTAL A PAYER AU COMPTANT DE :

€

(1)+(2)

Je demande la REMISE EN ETAT après ouverture : Un devis gratuit sera établi sur place. Je suis libre d'accepter ou de refuser le devis proposé.

En cochant cette case je déclare que je ne suis pas sous une mesure de protection juridique Tutelle ou Curatelle renforcée ☐

Mention manuscrite à reproduire : "j'accepte les conditions ci-dessus et je demande l'ouverture en urgence de ma porte"



Date :

Heure :

:

Observations du Serrurier :



Signature du Client

Cachet de la société

RELAIS ASSISTANCE MASCAREIGNES
SARL AU CAPITAL DE 5 000 €
144 RUE SAINTE MARIE 97400 SAINT DENIS
RCS ST DENIS REUNION 9096268300014
TVA FR6609626830 - NAF 96092

Signature du Serrurier :

