

En provenance de :

~~M. LE Président du Conseil Régional
Hôtel de la Région
87 Place du 14 Juillet
13 481 MARSEILLE cedex 2~~

SSR2 V30 - PTC 30A - 2076A1214 - 04/23

Présenté / Avisé le : / /
Distribué le : / /

Je soussigné(e) déclare être

☐ Le destinataire

☐ Le mandataire

☐ CNI / permis de conduire

☐ Autre :

Signature
(précisez NOM et NUM
si mandataire)

Recu le
13 MARS 2025

Signature facteur *

* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire a été vérifiée conformément aux données de la base de données de l'Administration
Service Support, Information
et Dématérialisation



Numéro de l'AR :

RECOMMANDÉ :
AVIS DE RÉCEPTION

AR 1A 196 899 4355 3



FRAB



Unbanime - Saison PPA
Plus modification 4.

Renvoyer à

Mairie d'Euromed

Hôtel de Ville

2 Route de Taubon

83330 EUROMED

