

Numéro de l'avis de paiement du FPS :

**Identification du Véhicule :**

Immatriculation :  Marque :  Modèle :

**Identité :**

Mme  M.  Nom de naissance  Nom d'usage

Prénom  Date de naissance :

Lieu de naissance  Département

**Si Personne Morale**

dénomination  siret ou rcs

Si Personne responsable ou si représentation

Nom  Prénom

**Coordonnées - Adresse**

N°  Comp.  Voie

Ville  code postal

Pays  tél

**Motif de la contestation (Exposé des faits et des arguments expliquant le recours)**

**Pièces justificatives**

copie de l'avis de paiement contesté

copie du certificat d'immatriculation du véhicule concerné ou de la déclaration de cession ou de déclaration de vol

**communication électronique**

J'accepte de communiquer par voie électronique et de recevoir la décision à l'adresse courriel :

Fait à  le  signature

Assurez vous de remplir tous les champs sous peine de nullité.

L'envoi du présent document n'interrompt pas le délai de paiement du forfait post stationnement indiqué au dos de l'avis de paiement contesté.

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé du recours administratif préalable obligatoire relatif à l'application du forfait post stationnement. Le destinataire des données est le service gestionnaire.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à M. le Maire des Sables d'Olonne 21 place du poilu de France 85100 LES SABLES D'OLONNE

A ENVOYER à :

M. le Maire des Sables d'Olonne

- R.A.P.O -

B.P 30386

21 place du poilu de France

85108 LES SABLES D'OLONNE Cedex