

DESTINATAIRE



Numéro de l'envoi : 1A 201 215 5893 8



RECOMMANDÉ AVEC AVIS DE RÉCEPTION

EXPÉDITEUR

PAULHES Copie  
15 rue des Jardiniers  
La Prozedé  
81240 LACA BARE DE



Conservez ce feuillet, il sera nécessaire en cas de réclamation.  
Le cas échéant, vous pouvez faire une réclamation dans n'importe quel bureau de poste.  
Les conditions spécifiques de vente de la lettre recommandée sont disponibles dans votre bureau de poste ou sur le site [www.laposte.fr](http://www.laposte.fr).



Pensez également à la Lettre recommandée en ligne, consultez [www.laposte.fr](http://www.laposte.fr).

HOTEL de MITIONOV  
11 ATTAL Golyed Cro  
57 rue de Varenne  
75007 PARIS

Les avantages du service suivi :  
Vous pouvez connaître, à tout moment, 24h/24, la date de distribution de votre lettre recommandée ou le motif de non-distribution.

- 3 modes d'accès direct à l'information de distribution :
- Par SMS : Envoyer le numéro de la lettre recommandée au 6 20 80 (0,35 € TTC + prix d'un SMS).
  - Sur internet : [www.laposte.fr](http://www.laposte.fr) (consultation gratuite hors coût de connexion).
  - Par téléphone :
    - Pour les particuliers, composer le 3631 (numéro non surtaxé) : du lundi au vendredi de 8h30 à 19h et le samedi de 8h30 à 13h.
    - Pour les professionnels, composer le 3634 (numéro non surtaxé) : du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Date : 02/06/2024 Prix : 713 CRBT : Niveau de garantie : 16 €  153 €  458 €

La Poste - SA au capital de 5 284 861 364 euros - 556 000 000 RCS Paris - Siège social : 91 RUE DU COLONEL PIERREVAVA - 75016 PARIS

PREUVE DE DÉPÔT

~~En provenance de : HOTEL de MITIONOV  
11 ATTAL Golyed Cro  
57 rue de Varenne  
75007 PARIS~~



RECOMMANDÉ : AVIS DE RÉCEPTION

Numéro de l'AR : AR 1A 201 215 5893 8



Renvoyer à

PAULHES Copie  
15 rue des Jardiniers  
La Prozedé  
81240 LACA BARE DE  
7796388 / 22

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

Je soussigné(e) déclare être

Le destinataire

Le mandataire

CNI / permis de conduire

Autre : .....

**SERVICE COURRIER**  
Prenom et NOM  
si mandataire  
**05 AVR. 2024**  
Signature facteur\*  
**56 VARENNE**

\* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire a été soigneusement vérifiée précédemment.

