

Nom et prénom / Nom de la société et de son représentant :	
Numéro de registre de commerce :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Email :	
Numéro de convention :	

1. Déclaration sur l'honneur

Par la signature de la présente annexe, le Membre de l'autoconsommation collective déclare sur l'honneur :

- Être membre de l'autoconsommation collective susmentionnée à partir de : __ / __ / ____
NB : si cette date est manquante / erronée, c'est la date de signature de l'Annexe 2,
ou le cas échéant la date de réception de la demande par le Gestionnaire de réseau qui fera foi ;
- Avoir reçu, lu et accepté les termes et conditions de la Convention ;
- Donner mandat au Représentant repris en Annexe 1 pour le représenter en son nom et pour son compte au sein de l'Autoconsommation collective.

2. POD

Point de fourniture (POD) de prélèvement :
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____
LU _____



Annexe 2 : Membre de l'autoconsommation collective (Une Annexe 2 par Membre)

Point de fourniture (POD) d'injection :	Renouve- lable	Installation de stockage		
		OUI	Puissance (kVA)	Capacité (kWh)
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LU _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Supprimer le membre (en cas de modification) :	<input type="checkbox"/>			

Signature du Membre :

Date : __/__/____