



MUNICIPALITÉ DE SAINT-BERNARD-DE-LACOLLE

FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE POSTALE SEULEMENT

Nom du propriétaire principal ou nom de la compagnie* _____

Prénom du propriétaire principal (*si personne physique) _____

Liste de tous les immeubles concernés*

Numéro	Voie publique	
App/Bureau	N° matricule	N° lot
Numéro	Voie publique	
App/Bureau	N° matricule	N° lot

Adresse postale actuelle*

Numéro	Voie publique
App/Bureau	Arrondissement/Ville

Nouvelle adresse postale*

Numéro	Voie publique	
App/Bureau	Arrondissement/Ville	
Province/État	Pays	Code postal
Attention postale particulière, si nécessaire		A/S de :

Date de prise d'effet* _____

Nom du demandeur* _____ Prénom du demandeur* _____

Numéro de téléphone* _____ Courriel _____

Statut du demandeur* (copropriétaire, mandataire, tuteur, curateur, etc.) _____

Signature* _____ date de signature* _____

ATTESTATION : JE CERTIFIE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CE FORMULAIRE SONT EXACTS ET COMPLETS. TOUS LES COPROPRIÉTAIRES DE L'UNITÉ D'ÉVALUATION SONT AVISÉS ET EN ACCORD AVEC CES MODIFICATIONS.

Signature* _____ date de signature* _____

* Champs obligatoires

