

FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE DE CORRESPONDANCE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du requérant:

Nom du propriétaire * :

Adresse électronique :

Téléphone de jour :

Est-ce que cette modification concerne tous les copropriétaires ? **Oui** **Non**

LISTER LES EMPLACEMENTS DE TOUS LES IMMEUBLES CONCERNÉS

No civique	Rue	No Dossier
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOUVELLE ADRESSE POSTALE

No, Rue, App:

Ville, Province, Pays:

Code postal:

Changement effectif le:

COMMENTAIRES

VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À :

VILLE DE BROSSARD

Direction Finances - division revenus
2001, boulevard de Rome
Brossard, Qc J4W 3K5

Par télécopieur : 450 923-6788 ou par courriel : services@brossard.ca

Signature : _____

Date : _____

NE S'APPLIQUE PAS PAR COURRIEL

JJ/MM/AAAA