

**FORMULAIRE DE CHANGEMENT
D'ADRESSE DE CORRESPONDANCE**

Numéro de matricule

Adresse de la propriété visée par le changement

Date d'entrée en vigueur

Est-ce que la modification concerne tous les propriétaires?

Oui

Non

Si non, indiquer le(s) propriétaire(s) visé(s) par la modification :

Nom de famille	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ancienne adresse

Adresse		Appartement	
Ville	Province	Code postal	Pays

Nouvelle adresse

Adresse		Appartement	
Ville	Province	Code postal	Pays

Signature du demandeur :

Nom en lettres moulées :

Courriel : no tél.

SVP, veuillez compléter ce formulaire et nous le retourner si l'adresse de facturation ne correspond pas à votre adresse de correspondance.

VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE :

Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures, Service de la trésorerie
200, route de Fossambault Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 2E3

Par courriel : tresorerie@vsad.ca

Les citoyens qui ont plus d'une propriété doivent remplir un formulaire par matricule.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Changement fait	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date :	<input type="text"/>	Initiales :