DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE DE CORRESPONDANCE

PROPRIÉTAIRE(S)-DEMANDEUR(S)	
Propriétaire	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	
Copropriétaire (s'il y a lieu)	
Nom :	Prénom :
Téléphone :	Cellulaire :
Courriel :	
Adresse de correspondance actuelle à nos dossiers	
# civique, rue :	App./ C.P. :
Ville :	Code postal :

NOUVELLE adresse de correspondance	
À compter du : _____/_____/_____ (jour/mois/année)	
# civique, rue :	App./ C.P. :
Ville :	Code postal :

PROPRIÉTÉS VISÉES
Propriété # 1
Matricule : F _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse ou lot :
Propriété # 2
Matricule : F _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse ou lot :
Propriété # 3
Matricule : F _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse ou lot :

Au besoin, pour un plus grand nombre de propriétés, utiliser un autre formulaire.

J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT VÉRIDIQUES	
Date :	Signature :
L'envoi du formulaire par courrier électronique fera office de signature.	

Téléphone : 819 324-5678, poste 4224
Courriel : taxation@valdavid.com

Municipalité du Village de Val-David
2579, rue de l'Église, Val-David, J0T 2N0