



Municipalité de
Notre-Dame-des-Neiges

DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE POSTALE

MATRICULE : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ANCIENNE ADRESSE POSTALE :

NOUVELLE ADRESSE POSTALE :

Date effective : _____

Changement d'adresse seulement pour le nom inscrit ici-haut

Changement pour tous les propriétaires

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____