



Formulaire DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE POSTALE pour l'envoi du compte de taxes municipales par la Ville de Sainte-Anne-des-Plaines

Date: _____

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom et prénom: _____ Téléphone: _____

Numéro de matricule de l'immeuble: _____

Adresse de l'immeuble: _____

Est-ce que cette modification concerne tous les propriétaires? oui non

Si vous possédez d'autres propriétés sur le territoire de
Sainte-Anne-des-Plaines, désirez-vous que ce changement
d'adresse affecte également ces autres propriétés? oui non

Si oui, inscrire les numéros de matricules de ces propriétés _____

ANCIENNE ADRESSE POSTALE

Numéro, rue et appartement, s'il y a lieu: _____

Ville: _____

Code postal: _____

NOUVELLE ADRESSE POSTALE

Numéro, rue et appartement, s'il y a lieu: _____

Ville: _____

Code postal: _____

**Une fois complété, le coupon ou le formulaire doit être retourné
au Service de la taxation de l'une des façons suivantes:**

par télécopieur: 450 478-5660
par courriel: fbrosseau@ville.ste-anne-des-plaines.qc.ca
par la poste: Service de la taxation SADP
139, boulevard Sainte-Anne
Sainte-Anne-des-Plaines (Québec) J0N 1H0