

# DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE POSTALE

## 1. IDENTIFICATION DE(S) UNITÉS D'ÉVALUATION CONCERNÉES PAR LE CHANGEMENT D'ADRESSE POSTALE

**IMMEUBLE 1 :** ADRESSE : n° \_\_\_\_\_ apt \_\_\_\_\_ (rue) \_\_\_\_\_

MATRICULE : \_\_\_\_\_

**IMMEUBLE 2 :** ADRESSE : n° \_\_\_\_\_ apt \_\_\_\_\_ (rue) \_\_\_\_\_

MATRICULE : \_\_\_\_\_

**IMMEUBLE 3 :** ADRESSE : n° \_\_\_\_\_ apt \_\_\_\_\_ (rue) \_\_\_\_\_

MATRICULE : \_\_\_\_\_

## 2. IDENTIFICATION DU OU DES PROPRIÉTAIRES CONCERNÉS PAR LE CHANGEMENT D'ADRESSE POSTALE

**PROPRIÉTAIRE 1 :** (Nom et prénom) \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**PROPRIÉTAIRE 2 :** (Nom et prénom) \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**PROPRIÉTAIRE 3 :** (Nom et prénom) \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

## 3. DATE DU CHANGEMENT

Dès la réception de cette demande  
Effectif à partir du (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

*Je m'attends à ce qu'on effectue mon changement d'adresse à l'intérieur d'un délai de \_\_\_\_\_ jour(s)*

## 4. NOUVELLE ADRESSE POSTALE

**NUMÉRO CIVIQUE :** Numéro civique \_\_\_\_\_ apt \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_

**VILLE, PROVINCE, CP** Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

## 5. INFORMATION SUR LE DEMANDEUR

Le demandeur est propriétaire dans tous les immeubles concernés par le changement d'adresse

Le demandeur est le mandataire du ou des propriétaires (*veuillez fournir une procuration du propriétaire vous autorisant à modifier son dossier de propriété*)

**Nom du demandeur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

### ADRESSE DE RETOUR

Ville de Repentigny – Division de l'évaluation  
435, boulevard Iberville  
Repentigny (Québec) J6A 2B6  
Téléphone : 450 470-3250  
Télécopieur : 450 470-3083  
[evaluation@ville.repentigny.qc.ca](mailto:evaluation@ville.repentigny.qc.ca)

