

**1. Identification du demandeur et propriétaire**

Prénom :	Nom de famille :
Entreprise ou organisme :	
Matricule(s) : (Utiliser une feuille supplémentaire au besoin)	

**2. Nouvelles coordonnées**

Adresse (numéro, rue, appartement) :		
Ville :	Code postal :	Téléphone :
Courriel :		

**3. Protection des renseignements personnels**

Les renseignements personnels demandés sont obligatoires et serviront à traiter votre demande de changement d'adresse. La Ville de Sainte-Agathe-des-Monts ne communiquera ces renseignements qu'à son personnel ou ses mandataires autorisés.

Toute question relativement au traitement de vos renseignements personnels, toute plainte ou toute demande d'accès ou de rectification de ces renseignements est possible en s'adressant au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels de la Ville.

L'omission de fournir ces renseignements pourrait entraîner une incapacité de traiter votre demande.

**4. Envoi du formulaire**

Retournez ce formulaire dûment rempli et signé :

Services administratifs  
Ville de Sainte-Agathe-des-Monts  
50, rue Saint-Joseph  
Sainte-Agathe-des-Monts (Québec) J8C 1M9  
Courriel : [taxation@vsadm.ca](mailto:taxation@vsadm.ca)

**En transmettant ce formulaire à la Ville, vous consentez à l'utilisation et la communication de vos renseignements personnels aux fins mentionnées selon les politiques de la Ville en vigueur.**  
J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets.

Signature	Date (aaaa-mm-jj)

RÉSERVÉ À LA TAXATION	
DATE DU CHANGEMENT (ordinateur) :	
SIGNATURE DU RESPONSABLE :	