

Titulaire(s) du compte

MATRICULE

□ □ □ □	-	□ □	-	□ □ □ □	-	□	-	□ □ □	-	□ □ □ □
---------	---	-----	---	---------	---	---	---	-------	---	---------

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		Tél. (rés.) :
Adresse (rue, ville, province)		Tél. (bur.) :
Code postal		
Adresse de courriel	Adresse de la propriété (si différente)	

Annulation

Par la présente, je révoque l'autorisation donnée à la Ville de Saint-Raymond d'effectuer des prélèvements périodiques dans mon compte bancaire pour le paiement des taxes municipales pour la propriété mentionnée ci-dessus.

L'annulation prendra effet dès la réception de ce document par la Ville de Saint-Raymond.

L'annulation prendra effet à partir du _____ - _____ - _____
 jj - mm - aaaa

Signature du ou des titulaires

_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date (jj/mm/aaaa)
_____	_____
Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	Date (jj/mm/aaaa)

Vous pouvez nous transmettre ce formulaire par courriel ou par la poste

Courriel : taxation@villesainraymond.com

Adresse postale : Ville de Saint-Raymond
 375, rue Saint-Joseph
 Saint-Raymond (Québec) G3L 1A1

Téléphone : 418 337-2202

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

ANNULATION FAITE

DATE : _____

INITIALES : _____