FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT - 2024

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT POUR L'ACHAT DE PRODUIT D'HYGIÈNE PERSONNELLE

IDENTIFICATION

NOM, PRÉNOM _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

ACHAT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (À partir du 7 mai 2024)

DATE D'ACHAT	DESCRIPTION	MONTANT PAYÉ	NOM DU COMMERCE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DOCUMENTS JOINTS À LA DEMANDE

___ FACTURE(S) OU CONTRATS(S)

___ PREUVE DE RÉSIDENCE

___ PREUVE DE NAISSANCE (Si applicable)

Réservé à l'administration :

DATE REÇUE À LA MUNICIPALITÉ :_____

REMBOURSEMENT ACCORDÉ : $_____