

Changement d'adresse

Identification du client

Prénom : _____ Nom : _____

N° d'usager : _____ Adresse actuelle : _____

Nom et prénom du demandeur : _____ Lien avec le client : _____
(si différent du client)

N° de téléphone où joindre le client ou le demandeur : (_____) _____ - _____

Nouvelle adresse

Date d'entrée en vigueur : ____ / ____ / ____ Type d'adresse : ☐ résidentielle ☐ postale

N° civique _____ Rue _____ N° d'appartement _____

Ville _____ Code postal _____

Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu) _____ N° de porte _____ N° de chambre _____

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____
N° de téléphone résidence N° de téléphone cellulaire

Avez-vous des déplacements réguliers? ☐ Oui ☐ Non

Souhaitez-vous conserver ces déplacements réguliers? ☐ Oui ☐ Non

Commentaires additionnels

Svp acheminer votre formulaire par courriel à courriel@stacquebec.ca, par télécopieur au 418 687-6320 ou par la poste au 2750, boulevard Wilfrid-Hamel, Québec (QC) G1P 2J1.