

Formulaire pour la fermeture d'un dossier

Renseignements sur le client

☐ M. ☐ M^{me} Prénom : _____ Nom : _____

N° de client : _____ Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

Adresse (résidence) :

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

Ville _____ Province _____ Code postal _____

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

Informations concernant la fermeture du dossier

Date d'entrée en vigueur : _____

Motif de fermeture : ☐ Décès ☐ Non-utilisation ☐ Déménagement hors territoire*

*Est-ce que le dossier doit être transféré? ☐ Oui ☐ Non

(si oui, svp remplir le formulaire de transfert de dossier)

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.