



FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE CHANGE OF ADDRESS FORM

Numéro(s) de matricule(s)

Registration number :

Nom(s) de propriétaire(s)

Owners' name :

télécopieur au (450) 226-8786 ou par courriel à : taxes@morinheights.com.

Please confirm your mailing address and return by mail to the following address, by fax at (450) 226-8786 or by email at : taxes@morinheights.com

Municipalité de Morin-Heights

567, du Village

Morin-Heights, Qc, J0R 1H0

NOUVELLE ADRESSE POSTALE \ NEW MAILING ADDRESS

No. & nom de rue \ No. & street name

Ville \ City

Province & Code postal \ Province & Postal code

No. de tél. \ Tel. number

Courriel \ Email address

Date d'aujourd'hui \ Today's date

Signature: _____

Réservé à l'administration

Changé le: _____

Par: _____