

Annulation de l'adhésion au paiement préautorisé

Nom										Prénom											
Adresse	(nume	éro, ru	e, app	arteme	nt)																
Ville							Province							Code postal							
Téléphone au domicile							Téléphone au travail						Cellulaire								
Renseig	nemer	nts cor	nplém	entaires	S							Courriel								_	
				ì		N=VV															
ENSEIG					LAL	DEMAI	NDE									Anr	née		М	oi	
Annulation effective à partir de																					
						N	luméro	(s) de c	dossier	ou c	onsta	t		•	•					_	
	ĺ	1	1	1	1	1	1				1	ĺ	1			ĺ	1	1		Ì	
Ì		ĺ			ĺ	ĺ					ĺ	Ì				ĺ	1	[-	
		ĺ				ĺ					1						1	1		-	
		ĺ			ĺ	Î					ĺ			Í			ĺ	1		1	
		İ	ı		İ	İ		1			İ	ĺ	ı			ı	1	ı		_ 	
Je, soussigné(e), révoque par la présente l'autorisation doi Québec d'effectuer des retraits mensuels dans mon comp paiement du numéro ou des numéros de dossier(s) ou cor ci-dessus. Signature: Signature du cotitulaire du compte bancaire (lorsque deux requises)									nte bancaire pour le nstat(s) mentionné(s)					Date Anne Date Anne				Mois Mois		0	
Signature :																					
																				1	
Retourn •	ez par Par la Par t	l'un d a poste élécop	es mode: C 2 ieur : 4		vants unicip de la 1-65	ale de a Maré 12	chauss	ée, Qu		Québ	pec) G	31K	8W5							_	
																				_	
	DUS J																				
OUR NO	Dont	ムーーー	no :	418 64	1 61	70															

Traité par :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date de réception de la demande :