

## FORMULAIRE D'ADHÉSION AU MODE DE VERSEMENTS ÉGAUX

En remplissant le formulaire ci-dessous, vous déclarez que ces renseignements sont véridiques et vous autorisez la Ville d'Amos à vérifier tous les renseignements relatifs à votre demande de service.

Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires.

Numéro de compte (coin supérieur droit de votre facture) \*:

Nom de la ou des personnes responsables \*:

(1)

(2)

Adresse de service \*:

Adresse postale (si différent de l'adresse de service) :

Date de naissance \* :     (1)                                   (2)

Numéro d'ass. sociale :   (1)                                   (2)

Téléphone résidence \* :   (1)                                   (2)

Téléphone travail :        (1)                                   (2)