



DEMANDE DE PAIEMENT

DATE : _____

NOM : _____

ADRESSE POSTALE : _____

NO DE MATRICULE : _____

NO. FACTURE : _____

MONTANT DU PAIEMENT : _____

RÉSERVÉ À LA MUNICIPALITÉ

DEMANDÉ PAR : _____

APPROUVÉ PAR : _____

POSTE BUDGÉTAIRE : _____

PAYÉ LE : _____

CHÈQUE NO. : _____