

DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR 60 ANS ET PLUS

Vous avez 60 jours pour remettre votre demande à partir de la date d'inscription

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : **Prévost** Code postal : **J0R 1T0** Tél : _____

Preuve de résidence : Permis de conduire Carte d'assurance-maladie

NOM DU PARTICIPANT : _____ **Coût :** _____ \$ **Remboursement :** _____ \$

Date de naissance : _____ # carte de membre : _____

NOM DU PARTICIPANT : _____ **Coût :** _____ \$ **Remboursement :** _____ \$

Date de naissance : _____ # carte de membre : _____

NOM DU PARTICIPANT : _____ **Coût :** _____ \$ **Remboursement :** _____ \$

Date de naissance : _____ # carte de membre : _____

Date de la demande : _____

⇒ **Code G/L 02-791-00-991** **Montant total du remboursement :** _____ \$

Chèque no.: _____



CERTIFICAT DE DISPONIBILITÉ DES CRÉDITS

Je, soussigné, certifie par les présentes que la Ville de Prévost dispose, à même son fonds général, des crédits suffisants pour les fins auxquelles cette dépense est projetée par le Conseil.

Directeur du module

18957-01-13
No. Résolution

Date