

DEMANDE DE REMBOURSEMENT CABINET DE TOILETTE À FAIBLE DÉBIT



ADRESSE DU BÂTIMENT OÙ LA OU LES TOILETTES ONT ÉTÉ INSTALLÉES		
No civique	Rue	Code postal

IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE DU BÂTIMENT	
Nom	Prénom
Téléphone	Adresse (si autre que l'adresse-ci-dessus)
Autre téléphone	Code postal

NOTE : Les personnes admissibles au programme d'aide financières sont celles qui, au moment de l'acquisition d'un cabinet de toilette à faible débit, sont propriétaires d'un immeuble résidentiel situé sur le territoire de la Ville de Delson, construit avant le 31 décembre 2016 et à l'intérieur duquel un cabinet de toilette à débit régulier est remplacé par un cabinet de toilette à faible débit. La durée du programme prend fin à la première des échéances suivantes soit le 31 décembre 2017 ou au moment où le montant des aides financières accordées en vertu du règlement 664 sont atteintes.

CARACTÉRISTIQUE DE LA OU LES TOILETTE(S)		
Toilette 1	Nom du fabricant	Nom et numéro de modèle
Toilette 2	Nom du fabricant	Nom et numéro de modèle

DOCUMENTS REQUIS
<input type="checkbox"/> Preuve de propriété du bâtiment <input type="checkbox"/> Procuration (si autre que le propriétaire) <input type="checkbox"/> Copie de la facture détaillée <i>(Comprenant nom du commerce, date d'acquisition, marque et numéro du modèle de la toilette à faible débit et le prix).</i>

SIGNATURE
Je soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts, que les travaux d'installation de cabinet de toilette à faible débit sont entièrement complétés et que j'autorise un représentant de la Ville à se présenter sur place afin de vérifier la conformité des informations transmises.
Signature _____ Date : _____ / _____ / _____ Année mois jour

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
<input type="checkbox"/> Vérification des pièces justificatives de propriété <input type="checkbox"/> Bâtiment construit avant le 31 décembre 2016 <input type="checkbox"/> Nombre de cabinets de toilette éligibles _____
Date de la visite : _____ / _____ / _____ Conforme <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Année mois jour
Détails : _____ Représentant de la Ville : _____
Montants accordés selon la subvention : Cabinet de toilette 1 _____ \$ Cabinet de toilette 2 _____ \$ Montant total : _____ \$ Par : _____ N° de chèque : _____ Date d'émission _____ / _____ / _____ Année mois jour

Mars 2017 V.1