



1 IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

Nom complet : _____

Adresse complète : N° _____ Rue _____

Ville _____ Code postal _____

N° de téléphone : () - () - () - _____

Adresse courriel : _____

Adresse visée par la demande : _____

N° de lot visé par la demande : _____

(NOTE : Les remboursements seront faits en un seul versement incluant le certificat de localisation)

2 REMBOURSEMENT DEMANDÉ EN RAPPORT À :

			Ne rien inscrire dans ces cases		
<input type="checkbox"/>	Certificat de localisation, à la toute fin des travaux (original) (55-136-00-110)	750,00 \$			
<input type="checkbox"/>	Attestation de conformité d'installation septique (original) (55-136-00-115)	250,00 \$			
<input type="checkbox"/>	Attestation de conformité du puits scellé (original) (55-136-00-115)	250,00 \$			
<input type="checkbox"/>	Attestation de conformité d'étude sonore (original) (55-136-00-115)	, \$			
Réalisation des travaux relatifs à un P.I.I.A. (NOTE : Les remboursements seront faits en un seul versement incluant le certificat de localisation)					
<input type="checkbox"/>	Construction d'un bâtiment résidentiel (55-139-00-102)	(, \$)			
<input type="checkbox"/>	Construction d'un bâtiment autre que résidentiel (55-139-00-102)	(, \$)			
<input type="checkbox"/>	Aménagement paysager (55-139-00-102)	(, \$)			
<input type="checkbox"/>	Autre	Décrire sommairement : _____			
		À l'usage de la municipalité. Inscrire le code budgétaire : (- - -) (, \$)			

Prenez note que votre demande de remboursement doit être soumise dans les 48 mois suivant l'émission de votre permis ou certificats d'autorisation sans quoi, la municipalité pourrait se prévaloir de conserver les montants déposés.

SIGNATURE ET DATE DE LA DEMANDE

3 Signature : _____ Date : _____

Adresse postale : Ville de Mascouche
Service de l'aménagement du territoire
3034, chemin Sainte-Marie
Mascouche (Québec) J7K 1P1

Téléphone : (450) 474-4133, poste 1000

À l'usage de la direction de l'Aménagement du territoire

Acceptation de la demande : oui non

Motif du refus : _____

Autorisé par : _____ Approuvé par : _____

Date : _____ Montant à rembourser : _____ , \$

N° de reçu d'encaissement : _____

○○○