Municipalité régionale de comté de Matane
145, rue Soucy
Matane (Québec) G4W 2E1

Téléphone : 418-562-6734
Télécopieur : 418-562-7265
Courriel : *mrcdematane@mrcdematane.qc.ca*

DEMANDE DE RENSEIGNEMENT

(S.V.P. écrire en lettres moulées)

Code

(S.V.P. ne pas remplir)

Demande présentée à : _____
(Municipalité visée par la demande)

A. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de famille	Prénom		Entreprise ou organisme (si applicable)
Adresse complète			
Municipalité	Province	Code postal	Tél. résidence
Courriel			Tél. cellulaire ou bureau
Lieu de la plainte			Télécopieur

B. DESCRIPTION DE LA DEMANDE

Veuillez détailler les renseignements que vous souhaitez obtenir (ajouter des pages au besoin)

C. Déclaration du demandeur

Je soussigné(e) _____ atteste que :
(nom en lettres moulées)

1. J'autorise la MRC de Matane et/ou la municipalité locale dont le territoire est visé par ma demande à prendre connaissance de tous les documents et renseignements requis à l'étude de ma demande.
2. J'autorise la MRC de Matane et/ou la municipalité locale dont le territoire est visé par ma demande à me contacter pour obtenir davantage de renseignements et pour exercer le suivi approprié.
3. J'autorise la MRC de Matane et/ou la municipalité locale dont le territoire est visé par ma demande à partager l'information contenue sur ce formulaire avec les gouvernements du Canada et du Québec y compris leurs ministères, organismes, sociétés d'État et mandataires.

_____ _____
(Date) (Signature du demandeur)

***** Section de la MRC ou de la municipalité (S.V.P. ne pas remplir)**

D. SUIVI DE LA MRC OU DE LA MUNICIPALITÉ

Décrire le suivi réalisé