



**FORMULAIRE DE DEMANDE
CERTIFICAT D'AUTORISATION
Système d'alarme**

IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE

Nom du propriétaire :

Adresse :

Téléphone

Ville :

Code postal :

IDENTIFICATION DE L'UTILISATEUR

Nom du requérant :

Adresse :

Téléphone

Ville :

Code postal :

INFORMATIONS DU LIEU À PROTÉGER

Matricule :

Adresse du lieu à protéger :

Date de mise en opération :

Installateur du système de sécurité:

RÉFÉRENCES

1) Nom :

Téléphone :

2) Nom :

Téléphone :

3) Nom :

Téléphone :

COÛTS

Coût du permis

30.00 \$

Signature du requérant

En date du :

Réservé à la municipalité

Acceptation du responsable : _____ Date : _____

Village de Val-David
2579, rue de l'Église Val-David QC J0T 2N0
☎ 819 324 5678, poste 4240 / 📠 819-322-6327
www.valdavid.com