

ALLIANCE AUTOCHTONE DU QUÉBEC INC.**DEMANDE DE CHANGEMENT D'ADRESSE**

DATE :

INFORMATION DU MEMBRE:

| | |
|------------------------|--|
| NOM | |
| NO. DE REGISTRE | |
| COMMUNAUTÉ | |

ANCIENNE ADRESSE:

| | |
|----------------------------|--|
| ADRESSE CIVIQUE | |
| VILLE | |
| PROVINCE | |
| CODE POSTAL | |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | |

NOUVELLE ADRESSE:

| | |
|----------------------------|--|
| ADRESSE CIVIQUE | |
| VILLE | |
| PROVINCE | |
| CODE POSTAL | |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE | |

Svp faire parvenir à votre communauté ou expédier au bureau chef de l'AAQ à l'adresse reception@aaqnaq.com ou par facsimilé au numéro (819) 770-6070.