



MUNICIPALITÉ DE CHAMBORD
SERVICE D'URBANISME
1526, RUE PRINCIPALE
CHAMBORD (QUÉBEC)
G0W 1G0

Téléphone:(418) 342-6274 P-104
Télécopieur:(418) 342-8438

FORMULAIRE DE PERMIS

Demande de permis

Demande débutée le:	<input type="text"/>	Demande complétée le:	<input type="text"/>	No demande	<input type="checkbox"/>
Saisie par:	<input type="text"/>				
Type de permis:	COLPORTEURS ET VENDEURS ITINÉRANTS				
Nature:	<input type="text"/>				

Identification

Propriétaire

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____
Téléphone: _____

Demandeur

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____
Téléphone: _____

Emplacement

Matricule: _____	Code d'utilisation: _____
Adresse: _____	Code d'utilisation projetée: _____
Zones: _____	Frontage: _____
Lot distinct: <input type="checkbox"/>	Profondeur: _____
	Superficie: _____
	Nombre de logements: _____
Code de zonage: _____	Année construction: _____
Secteur d'inspection: _____	Nombre d'étages: _____
Service: _____	Aire de plancher m ² : _____
Cadastre: _____	Nombre d'unités touchées: _____

Travaux

Exécutant des travaux

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Code postal: _____

Tél.: _____
Télec.: _____

No RBQ: _____
No NEQ: _____

Responsable

Nom: _____
Tél.: _____

Date début des travaux: _____
Date prévue fin des travaux: _____
Date fin des travaux: _____

Valeur des travaux: _____

COLPORTEURS ET VENDEURS ITINÉRANTS

Organisme ou personne morale

Organisme:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Ville:	<input type="text"/>		
Code postal:	<input type="text"/>		
Responsable:	<input type="text"/>	Téléphone:	<input type="text"/>
Date d'incorporation:	<input type="text"/>	Première demande:	<input type="text"/>
No d'incorporation:	<input type="text"/>	Date dernière demande:	<input type="text"/>

Solliciteurs

Nom / Adresse	Téléphone	Date de naissance	No d'assurance sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Organisme de charité

L'organisme peut-il émettre des reçus pour fin d'impôt ?

No de charité:

Service externe

L'organisme fait-il appel à des services externes pour cette sollicitation ?

Nom de ce service:

Type de sollicitation:

Téléphone:

Détail de l'activité

Type d'activité:

Produit vendu:

Lieu de l'activité:

Date de début: Date de fin:

Répartition des revenus de l'activité

Pourcentage qui revient aux organismes bénéficiaires:

Pourcentage aux solliciteurs:

Pourcentage consacré à l'administration:

Pourcentage au service direct des bénéficiaires:

Pourcentage qui revient à cet organisme:

Total:

But de l'activité

Description de l'activité

Bénéficiaires de l'activité

Description des travaux

Signature du demandeur

Signature du demandeur _____ Date: _____
