

Date de prise de possession : _____

CONFIDENTIEL

Syndicat : _____ Unité : _____

SEE OVER FOR ENGLISH VERSION

Cher copropriétaire,

Auriez-vous l'obligeance de bien vouloir compléter ce formulaire afin que nous puissions mettre à jour votre dossier

INFORMATIONS PERSONNELLES

Mme M. _____

Adresse de correspondance

Tél. rés. : ____ - _____

Tél. bur. : ____ - _____

Cellulaire : ____ - _____

Courriel : _____@_____ (EN LETTRES MOULÉES)

Afin de faciliter les communications, cette information nous est d'une très grande importance.

Unité : # _____ Rangement : # _____ Stationnement : # _____

Marque du véhicule : _____ Numéro d'immatriculation : _____

Personne à contacter en cas d'urgence _____

Numéro de téléphone : ____ - _____

INFORMATIONS DU LOCATAIRE (si applicable)

Mme M. _____

Numéros de téléphone Rés. : ____ - _____ Bur. : ____ - _____

PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE

Veuillez nous indiquer si vous ou un autre occupant de l'unité avez une mobilité réduite en raison de votre âge, d'une déficience motrice, visuelle, auditive ou autre.

Mme. M. _____ Date de naissance _____

Déficience _____

SI APPLICABLE : sachez que le Service de sécurité incendie de Montréal (SSIM) dispose d'un programme informatisé qui permet aux pompiers de repérer et d'évacuer toute personne ayant un problème de mobilité. Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire, contacter le Service de sécurité incendie de Montréal (514) 872-3775.

Une fois que ce formulaire est rempli, envoyez-le à notre bureau principal avec une preuve de votre assurance d'habitation à l'adresse indiquée ci-dessus ou à notre adresse courriel: info@fitzbackservices.com

CONFIDENTIAL

Date of taking : _____

Syndicate : _____ Apt. : _____

VERSION FRANÇAISE AU DOS

Dear co-owner,

Kindly fill out this form so we can update your file.

PERSONAL INFORMATIONS

Mrs. Mr. _____

Mailing address _____ Phone home : ____ - _____

_____ Phone office : ____ - _____

_____ Cellular : ____ - _____

Email : _____ @ _____ (IN BLOCK LETTERS)
In order to facilitate communications, for us this information is of great importance.

Unit : # _____ Storage : # _____ Parking : # _____

Car brand : _____ Licence number : _____

Person to contact in case of emergency _____

Phone number : ____ - _____

TENANT INFORMATIONS (if available)

Mrs. Mr. _____

Phone number Home : ____ - _____ Office : ____ - _____

PERSONS WITH LIMITED MOBILITY

Please indicate to us if you or another occupant of the unit has a reduced mobility because of age, motor skill deficiency, visual, hearing or other.

Mrs. Mr. _____ Date of birth _____

Deficiency _____

IF APPLICABLE : Please note that the fire department of Montreal (Service de Sécurité incendie de Montréal – SSIM) has a computerized program which makes it possible for the fireman to locate and to evacuate any person having a mobility problem. For more information or to register, contact the Fire Department of Montreal at (514) 872-3775.

Once this form is filled up, please send it to our main office alongside with a proof of your home insurance to the address indicated above, or to our e-mail address at info@fitzbackservices.com