Service des affaires juridiques
**VILLE DE SEPT-ÎLES**
546, avenue De Quen
Sept-Îles (Québec) G4R 2R4
Courriel : greffe@septiles.ca

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

## (GEL DE CONDUITES)

| IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT | | |
|---|---|---|
| ***Nom de l'organisme ou de l'entreprise*** *(s'il y a lieu)* ***:*** | | |
| **Prénom :** | **Nom :** | |
| **Adresse :** | | |
| **Ville :** | **Code postal :** | |
| **Téléphone (résidentiel) :** | **Téléphone (travail) :** | **Téléphone (cellulaire) :** |
| **Adresse courriel** (exemple@email.ca) **:** | | |

| RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ÉVÉNEMENTS | |
|---|---|
| **Date du gel :** | **Heure (approximative) :** |
| **Adresse du gel :** | **S'agit-il de votre résidence principale ?** ❑ **OUI** ❑ **NON** |
| **Nom de la compagnie qui a effectué le dégel :** | |

| DESCRIPTION DES ÉVÉNEMENTS |
|---|
| |

| INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES | | | |
|---|---|---|---|
| **Gels antérieurs :** | ❑ **OUI** | ❑ **NON** | → ***Si OUI, gel survenu le :*** |
| **Absence du bâtiment (non-occupation) :** | ❑ **OUI** | ❑ **NON** | → ***Si OUI, pour la période du :*** ***au*** |
| **Gel suivant un bris d'aqueduc :** | ❑ **OUI** | ❑ **NON** | **Coûts du dégel* :** ❑ **Montant réclamé** ***à suivre***<br>**Facture requise* |
| ***Pièce(s) jointe(s)*** *(s'il y a lieu)* ***:*** | | | ***Document(s) à venir*** *(s'il y a lieu)* ***:*** |

| DATE | SIGNATURE DU RÉCLAMANT |
|---|---|
| | |

****Pour être recevable, une réclamation doit être acheminée à la greffière de la Ville dans un délai de quinze (15) jours de l'événement qui a entraîné des dommages, sous peine de rejet.***

**Ce formulaire peut être transmis par courriel, par la poste ou déposé directement à nos bureaux (voir les coordonnées ci-dessus).**