



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
POUR LES PRODUITS D'HYGIÈNE DURABLES**

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR			
Nom :		Prénom :	
Adresse :			Ville:
Province :	Code postal:	Téléphone :	
Courriel :		Renseignements complémentaires :	

INFORMATIONS SUR LE OU LES PRODUITS ACHETÉS	
Type de produit	
Date de l'achat	
Montant total de l'achat	

**\*NOTE IMPORTANTE: *Tel que stipulé dans la Politique de remboursement des produits d'hygiène durables, les pièces justificatives doivent être annexées à la présente demande.***

DÉCLARATION DU DEMANDEUR ET SIGNATURE	
Je soussigné(e), déclare avoir pris connaissance des conditions du programme de remboursement et que les renseignements fournis sont exacts.	
Signature du demandeur :	Date:

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
Montant accordé et calcul	
Autorisé par: Date:	