



Nom du demandeur : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Date de naissance du demandeur : _____ AAAA/MM/JJ

Renseignements sur le logement avec aide

À compléter si le lieu habituel de résidence du demandeur est un établissement situé au Canada, tels un abri, un refuge, une maison d'hébergement, un centre de soins infirmiers, ou tout autre type d'établissement qui prodigue des soins ou de l'aide sociale au demandeur.

Nom de l'établissement : _____

Type d'établissement : Hôpital Refuge Centre de soins infirmiers
 Abri Autre (décrire): _____

Adresse : _____ Suite : _____
(de l'établissement)

Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

Nom du gérant : _____ NOM DE FAMILLE, PRÉNOM

Numéro de téléphone: _____

Autre numéro de téléphone : _____

Courriel: _____ Fax : _____

J'accepte de recevoir l'infolettre d'Hydrothicaire qui présente des nouvelles et des mises à jour, et qui fait la promotion des produits d'Hydrothicaire. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Adresse civile au Canada (Où le demandeur réside habituellement)

Adresse : _____ Suite : _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

À compléter si celle-ci diffère de l'adresse civile

Adresse postale (Où la correspondance sera envoyée)

Adresse : _____ Suite : _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

À compléter si celle-ci diffère de l'adresse civile

Adresse d'expédition (Où le produit sera expédié)

Adresse : _____ Suite : _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

Je soussigné _____ FULL NAME, POSITION atteste que _____ NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

fournit de la nourriture, de l'hébergement ou toute autre aide sociale à _____ NOM DU DEMANDEUR

Signature du gérant _____ Date de la signature _____ AAAA/MM/JJ

