MUNICIPALITÉ
DU CANTON DE ROXTON

Numéro : _____

Date de la requête : _____

Heure : _____

Nom du plaignant : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : ( ) _____ - _____

Description de la plainte

Signature du plaignant : _____

Date : _____

Plainte reçue par : _____ Date : _____ Heure : _____

216, rang Ste-Geneviève C.P. 278
Roxton Falls (Québec) J0H 1E0
canrox@cooptel.qc.ca
Tél. : (450) 548-2500
Télec. : (450) 548-2412