



Formulaire - Changement d'adresse et avis de paiements COOP/OBNL

Nom de la COOP/OBNL :

N° de fournisseur :

N° d'entente :

Ancienne adresse de correspondance:

Nouvelle adresse de correspondance:

Courriel de la personne responsable des communications avec l'OMHM :

N° de compte bancaire

Nom du membre du CA de la COOP/OBNL :

Signature du membre du CA de la COOP/OBNL :

Date :

*** Faire parvenir ce formulaire complété à l'adresse suivante : equipe.psl@omhm.qc.ca ***