

MANDAT DE REPRÉSENTATION

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à me représenter pour ma demande de reconsidération. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande de reconsidération et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la Direction générale de l'IVAC à communiquer à mon représentant tout renseignement dans le présent dossier.

Identification de la personne qui représente le requérant ou la requérante		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier IVAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Firme		
Adresse N°, Rue, App.		
Ville		
Province / État		Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Téléphone (autre) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Courriel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Signature du requérant ou de la requérante	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Veillez s.v.p. imprimer le document et le faire parvenir à la Direction générale de l'IVAC au :

Direction générale de l'indemnisation des victimes d'actes criminels
1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Télécopieur : 514 906-3029