

PROPRIÉTÉ VISÉE PAR LE TRAITEMENT

ADRESSE (NUMÉRO) : RUE : NO DE LOT SI AUCUNE ADRESSE :

INFORMATIONS SUR LE REQUÉRANT

PROPRIÉTAIRE

ENTREPRENEUR

M. MME NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : LOCAL : CODE POSTAL :

VILLE : TÉLÉPHONE - FAX : -

COURRIEL :

NOM DE L'ENTREPRISE : NUMÉRO NEQ :

RESPONSABLE DES TRAVAUX : TÉLÉPHONE : -

INFORMATIONS SUR L'ENTREPRISE QUI EFFECTUERA LE TRAITEMENT

NOM DE L'ENTREPRISE : NUMÉRO NEQ :

ADRESSE : LOCAL : CODE POSTAL :

VILLE : TÉLÉPHONE - FAX : -

COURRIEL :

RESPONSABLE DES TRAVAUX : TÉLÉPHONE : -

LOCALISATION DU OU DES ARBRES À TRAITER

RÉSIDENTIEL COMMERCIAL INDUSTRIEL, INSTITUTIONNEL, PROJET INTÉGRÉ

COUR AVANT NOMBRE : DIAMÈTRE DU TRONC À 1,3 M DU SOL :

COUR ARRIÈRE NOMBRE : DIAMÈTRE DU TRONC À 1,3 M DU SOL :

COUR LATÉRALE GAUCHE NOMBRE : DIAMÈTRE DU TRONC À 1,3 M DU SOL :

COUR LATÉRALE DROITE NOMBRE : DIAMÈTRE DU TRONC À 1,3 M DU SOL :

DOCUMENTS REQUIS

LOCALISATION DU OU DES ARBRES À TRAITER SUR UNE COPIE DU CERTIFICAT DE LOCALISATION

DATE PRÉVUE DU TRAITEMENT* :

* DANS LE CAS DU TRAITEMENT D'UN FRÈNE CONTRE L'AGRILE, LE TRAITEMENT DOIT ÊTRE FAIT ENTRE LE 15 JUIN ET LE 31 AOÛT INCLUSIVEMENT

COPIE DU PERMIS AUTORISANT L'UTILISATION DE PESTICIDES OCTROYÉ À L'ENTREPRISE PAR LE MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES (MDDELCC)

COPIE DU CERTIFICAT DE COMPÉTENCE RECONNUE PAR LE MDDELCC POUR LES PERSONNES CHARGÉES DE L'APPLICATION DU TRAITEMENT

COPIE DE LA CERTIFICATION DE L'ENTREPRISE ATTESTANT DE LA FORMATION REÇUE POUR L'APPLICATION DU TRAITEMENT

SUIVANT L'APPLICATION DU TRAITEMENT, UNE COPIE DE LA FACTURE ATTESTANT LE TRAITEMENT DEVRA ÊTRE FOURNIE À LA VILLE

VALEUR DES TRAVAUX : \$

*** LE PERMIS EST GRATUIT***

SIGNATURE DU DEMANDEUR

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA VILLE

DATE : _____
(JJ/MM/AAAA)

DATE : _____
(JJ/MM/AAAA)

