

N° du BEOA: SE- \_\_\_\_\_  
N° du tribunal: FD \_\_\_\_\_  
Bénéficiaire: \_\_\_\_\_  
Payeur: \_\_\_\_\_

## Demande de retrait

Je, soussigné(e), demande par les présentes de retirer mon dossier de l'exécution et je comprends que cela ne met pas fin à mon ordonnance alimentaire.

\_\_\_\_\_  
(Signature de la personne  
qui demande le retrait)

\_\_\_\_\_  
(Nom en lettres moulées)

Fait le \_\_\_\_\_ 20\_\_.

**Envoyer ce formulaire complété au :**

### Contactez-nous



CP 5001  
Grand Falls/Grand-Sault NB  
E3Z 1G1



N° sans frais  
(844) 673-4499



OSE-BEOA@gnb.ca



gnb.ca/BEOA