

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

## Autorisation d'un tiers par le client

Je, \_\_\_\_\_, client(e) du Bureau de l'exécution des ordonnances alimentaires (BEOA) autorise la personne suivante à discuter et à recevoir des renseignements concernant mon dossier :

|                     |
|---------------------|
| _____               |
| Nom de la personne  |
| _____               |
| Numéro de téléphone |

Je comprends que le BEOA :

- n'acceptera pas que mon représentant autorisé signe des formulaires, et
- se réserve le droit d'annuler ou de restreindre la présente autorisation.

Il est de ma responsabilité de contacter le BEOA et de mettre fin à cette autorisation.

\_\_\_\_\_  
Date (mm-jj-aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature

**Envoyer le 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