

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