

Recours collectif sur les soins de longue durée pour les anciens combattants

QUESTIONNAIRE D'INFORMATION SUR LE CLIENT

Votre nom légal complet (inclure les alias ou autres noms d'usage commun):

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME NOM)

(NOM DE FAMILLE)

Votre numéro de téléphone: _____

Votre adresse courriel: _____

Votre numéro de service des FAC (ou, si vous êtes le conjoint, le conjoint de fait, le survivant ou la personne à charge d'un membre des FAC, son numéro de service des FAC):

Votre numéro de dossier ACC: _____

Personne au nom de laquelle vous soumettez le présent formulaire (en votre propre nom, pour un membre de votre famille, ou en votre qualité d'exécuteur successoral):

Commentaires additionnels ou autre information que vous désirez nous divulguer: