



ANNEXE B

FORMULAIRE

**DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
POUR L'ACHAT DE PRODUITS D'HYGIÈNE FÉMININE DURABLES**

Politique # 181-2023

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ Courriel : _____

Pour recevoir votre remboursement, vous devez fournir une :

- Facture originale de l'achat (doit être produite dans les six (6) mois de la date d'achat) ;
- Preuve de résidence.

Signature : _____ Date : _____

Reçu par : _____ Date : _____

Date du reçu	Nombre d'articles achetés	Coût	Remboursement

Documents obligatoires : Facture originale
Preuve de résidence

Remarques ou commentaires : _____