FOUMAN Trust (senc)

Demande de location
3660 Lorne crescent

FAX (514)731-6179

No. Appartement ou dimension: _____ Loyer/mois : $ _____ à partir de: _____

Nom, prénom du locataire _____

E-mail: _____ tél. _____

Numéro d'assurance sociale _____ date de naissance *(jjmmaaaa)* _____

Adresse complète : _____ loyer payé _____

Nom du locateur _____ Tél. _____

Combien de temps à cette adresse _____ Études en: (si étudiant):_____

Provenance des fonds pour paiement de loyer (parents, bourse, travail): _____

Références familiales:

1. Nom complet _____ lien _____

   Place de résidence: _____ Occupation: _____Tél. _____

2. Nom complet _____ lien _____

   Place de résidence: _____ Occupation: _____Tél. _____

Commentaires : (e.g. en colocation avec, ….) _____

_____

☐ Je certifie et déclare que toutes les informations fournies sont véridiques et complètes. J'autorise FOUMAN Trust (senc) la vérification de ces informations. **Je joins à ma demande un dépôt équivalent au plein loyer du premier mois lequel me sera remboursé seulement si je suis refusé.**

MODE DE PAIEMENT DU DÉPÔT: Montant du dépôt: $ _____

☐ Cash ☐ Chèque payé à l'ordre de: **FOUMAN Trust (senc)**

☐ Retrait direct du compte de banque No**:** __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Transit **institution** **No. De compte**

Signature du Locataire_____ date _____