

**SERVICE REQUEST
SUBDIVISION ASSESSMENT**

**DEMANDE DE SERVICE
ÉVALUATION DE LOTISSEMENT**

DEPARTMENT OF HEALTH

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

***Fill in all the information below to avoid processing delays.**

***Veuillez fournir tous les renseignements demandés ci-dessous afin d'éviter de retarder le traitement de votre demande.**

Name of Applicant / Nom du demandeur						
Mailing Address / Adresse postale						
					Postal Code / Code postal	
Daytime Telephone Number / Numéro de téléphone de jour						

Subdivision Name / Nom du lotissement	Planning Commission Name / Nom de la commission d'urbanisme
Property Owner / Propriétaire du terrain	Location of Property / Emplacement du terrain

Number of Building Lots Proposed / Nombre proposé de lots à bâtir :

For further information, please contact your local Public Health Office.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le bureau régional de la Santé publique.

Date _____ 20 _____ Signature of Applicant
Signature du demandeur _____

PAYMENT

PAIEMENT

Fill out and return this form to a Service New Brunswick office, including the following fee:

5 lots or less: \$125.00 (PLU- 351640)

6 lots or more: \$250.00 (PLU-351641)

Remplir et faire parvenir ce formulaire à un bureau de Services Nouveau-Brunswick avec les droits prescrits suivants :

De 1 à 5 lots : 125 \$ (PLU- 351640)

6 lots et plus : 250 \$ (PLU-351641)