# **Demande de service – Accessibilité universelle**

# **Identification du demandeur**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisme |  |
| Mandat |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |

**Personne à contacter / Responsable du projet**

### Nom :

### Téléphone :

### Courriel :

# **Projet**

### Description :

### Échéanciers (date des rencontres, durée) :

### Contribution attendue :

**Coordonnées pour transmettre la demande :**

Téléphone : 418 529-9141, poste 42304

Courriel : manuela.barbosa.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca