

**Demande de correction ou
de clarification d'une erreur manifeste**

The Residential Tenancies Act, 2006
(loi de 2006 sur la location à usage d'habitation) [article 76]

Formulaire 11

Bureau de la location
à usage d'habitation

N^o(s) de la demande : _____

(Une demande doit être présentée dans un délai de **15 jours** suivant la date de la décision ou de l'ordonnance. Des frais de 50,00 \$ devront être versés pour demander une correction ou une clarification).

_____ demande, par la présente, que le Bureau de la location à usage
(Nom du propriétaire ou du locataire) d'habitation :

1. Clarifie une décision ou une ordonnance :

Quelles sections de la décision ou de l'ordonnance nécessitent une clarification? (Veuillez les énumérer)

Expliquez pourquoi ces sections nécessitent une clarification :

et/ou

2. Correction d'une erreur manifeste ou une omission involontaire :

Indiquez l'erreur ou l'omission :

Fait le jour de (mois), (année).

Signature du demandeur

Nom du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Adresse postale du demandeur (en caractères d'imprimerie)

Remarque : Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez ajouter des pages.

Formulaire de paiement par carte de crédit

**VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER LES RENSEIGNEMENTS OU
LES ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Date : _____

Demande n° (si connu) : _____

À :

Bureau de la location à usage d'habitation :

Regina : 1855, avenue Victoria, bureau 304 S4P 3T2

Saskatoon : 122, 3rd Avenue North, bureau 105 S7K 2H6

Sans frais : 1-888-215-2222; hors Saskatchewan : 306-787-2699

Télec. sans frais : 1-888-867-7776; hors Saskatchewan : 306-787-5574

Courriel : ort@gov.sk.ca

Concernant :

(Adresse du logement locatif) _____

Mon numéro de carte de crédit et la date d'expiration sont indiqués ci-dessous :

Mastercard Visa

Numéro de la carte : _____

Date d'expiration : _____

Code de vérification inscrit au dos de la carte (3 chiffres) : _____

Montant du dépôt de garantie versé : _____ \$

Frais de demande payés (50 \$ par demande) : _____ \$

Montant total à facturer : _____ \$

Écrivez votre nom en caractère d'imprimerie et signez ci-dessous

Signature autorisée

Ce formulaire sera conservé par le Bureau de manière sécurisée sous forme d'image numérique.
Aucun imprimé n'est conservé.