

PLANIPLUS INC.

2450 St-Pierre Ouest
 St-Hyacinthe, Qc, J2T 4R9
 Tél.: (450)773-5216
 Fax.: (514) 282-4504
johdallaire@cgocable.ca

IMPÔT 2016

NUMÉRO	DATE	PRIX

Courriel: _____

Nouveau Client non oui

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Tél. (rés.) _____ bureau _____

Date de naissance: _____

N.A.S.: _____

Êtes-vous un résident canadien? oui non Êtes-vous un non-résident du Canada? oui non Habitez-vous seule toute l'année 2016 (sans compter les personnes à charges) oui non Avez-vous une assurance médicament privée: oui non depuis le : _____Avez-vous votre dernier relevé de paie (pour voir la partie personnel de votre assurance médicaments s'il y a lieu) oui non Êtes-vous enregistré au RAMQ pour les médicaments: oui non

Acomptes provisionnels: Fédéral: _____ \$ Provincial: _____ \$

Ne pas oublier votre avis de cotisation fédéral (importants pour les informations)Avez-vous des reçus de transport en commun oui non **Avez-vous effectué des travaux de rénovation pour le crédit d'impôt RénoVert**Avez-vous vendu une résidence en 2016: oui non REER: oui non Montant admissible: _____ \$RAP: oui non Année de retrait: _____ \$ Montrant du retrait: _____ \$
Rembours. Due: _____ \$Pension alimentaire: Nom: _____ N.A.S.: _____
Reçue: _____ \$ Payé: _____ \$Avez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger? oui non

Avez-vous un revenus de location _____ \$ Avez-vous acheté une première habitation dans l'année? _____

Avez-vous un compte de taxe de la ville: SVP envoyer avec vos documents d'impôts ou le R31

Conjoint (e) Nom: _____ Prénom _____

Date de naissance : _____ N.A.S.: _____

Travail: oui non Revenu: _____ \$

Assurance médicament: RAMQ Privée Celle du conjoint

Personnes à charges enfant(s) ou hébergement de parent:

Nom et Prénom	Enfant	Parent	M/F	Date naiss.	Revenus

Renseignements supplémentaire: _____
