



TOWNSHIP of NORTH Stormont
CANTON de NORD Stormont
T. 613-984-2821
PO Box 99, 15 Union Street
Berwick, Ontario K0C 1G0

Application Number / Numéro d'application: _____

Permit Number / Numéro du Permis: _____

Roll Number / Numéro de Rôle: _____

**APPLICATION FOR WATER AND/OR WASTEWATER SERVICE CAPACITY
ALLOCATION**

**APPLICATION POUR L'ALLOCATION DE LA CAPACITÉ DE SERVICE D'EAU ET/OU
D'ÉGOUT**

OWNER NAME / NOM DU PROPRIÉTAIRE _____

OWNER ADDRESS / ADRESSE DU PROPRIÉTAIRE _____

**LOCATION OF THE LAND SUBJECT FOR CAPACITY ALLOCATION
LOCATION DU TERRAIN SOUMIS A L'ALLOCATION DE CAPACITÉ**

**DESCRIPTION OF THE PROJECT SUBJECT FOR CAPACITY ALLOCATION
DESCRIPTION DU PROJET QUI EST L'OBJET DES ALLOCATION DES CAPACITÉS**

ALLOCATION FOR / ALLOCATION POUR: *Waste Water / Égout* *Water / Eau*

Number of Wastewater Connections Required - Nombre de connexions d'égouts requises: _____

Number of Water Connections Required - Nombre de connexions d'eau requises: _____

APPLICANT SIGNATURE / SIGNATURE DU DEMANDEUR: _____ **DATE** _____

***PLEASE ATTACH A CONCEPTUAL DRAWING OF PROPOSED PROJECT**

***SVP ATTACHEZ UN DESSIN CONCEPTUEL DU PROJET PROPOSÉ.**

PERMIT ISSUED BY/PERMIT ÉMIS PAR _____ **DATE** _____

PERMIT ISSUED BY/PERMIT ÉMIS PAR _____ **DATE** _____

DATE OF PERMIT EXPIRY/DATE D'EXPIRATION DU PERMIT: _____