



Customer Information Sheet / Renseignements sur les abonnés

Form/Formulaire 0992
Rev/Rév 2025-11-27

***The following information is required by NB Power to be designated a Priority Customer. /
Énergie NB a besoin des renseignements suivants avant de vous désigner comme client prioritaire.***

Name on NB Power account /
Nom associé au compte d'Énergie NB : _____
NB Power Account Number (from bill) /
Numéro de compte d'Énergie NB (sur la facture) : _____
Civic Address / Adresse de voirie : _____

Telephone number at this address /
Numéro de téléphone à cette adresse : _____

I confirm that this household relies on medically required equipment that must be powered by electricity for the health and safety of an individual living at this address. / Je confirme que ce ménage dépend d'un équipement médicalement nécessaire qui doit être alimenté par l'électricité pour la santé et la sécurité d'une personne vivant à cette adresse.

Verifiers Signature / Signature du médecin:

(example : medical professional, equipment vendor, etc.) _____

Patients signature / Signature du patient : _____

**Verifiers Name (Please Print) /
Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)** _____

Professional Role / Rôle professionnel : _____

Organization or Clinic / Organisation ou clinique: _____

Phone Number/ Numéro de téléphone : _____

Return to / Retourner au : 515 King Street / 515, rue King
P.O. Box 2000 / C.P. 2000
Fredericton, NB E3B 4X1
FAX: (506) 458-4000
Email: customerservices@nbpower.com