

RAISON SOCIALE: _____ EN AFFAIRES DEPUIS: _____

ADRESSE POSTALE	RUE	TÉLÉPHONE D'AFFAIRES
	VILLE	
	CODE POSTAL	TÉLÉCOPIEUR

ADRESSE ÉLECTRONIQUE	COURRIEL	ADRESSE INTERNET
-------------------------	----------	------------------

NUMÉRO DE T.P.S.: _____ NUMÉRO DE T.V.Q.: _____

JE DÉCLARE POSSÉDER LE STATUT DE "PETIT FOURNISSEUR": (À REMPLIR SI VOUS NE POSSÉDEZ PAS DE NUMÉRO DE TPS ET DE TVQ)

NAS: _____

SIGNATURE _____

NATURE DE L'ENTREPRISE	Limitée	<input type="checkbox"/>	Associée	<input type="checkbox"/>	Publique	<input type="checkbox"/>
	Incorporée	<input type="checkbox"/>	Propriétaire unique	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
PRINCIPAUX OFFICIERS	NOM	FONCTION	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE			
	NOM	FONCTION	TÉLÉPHONE RÉSIDENCE			

AUTRES RENSEIGNEMENTS	NO D'IMMATRICULATION AU REGISTRE DES INSTITUTIONS FINANCIÈRES: _____	NO ASSURANCE-RESPONSABILITÉ: _____
	NO DE LA C.C.Q.: _____	NOM DE CIE D'ASSURANCE: _____
	NO À LA C.S.S.T.: _____	NO DE LICENCE D'ENTREPRENEUR: _____

RÉFÉRENCES DE CLIENTS	NOM	ADRESSE	CONTRAT (TÉLÉPHONE)
	NOM	ADRESSE	CONTRAT (TÉLÉPHONE)
	NOM	ADRESSE	CONTRAT (TÉLÉPHONE)

DÉCLARATION D'AUTORISATION:

JE DÉCLARE, PAR LA PRÉSENTE, QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-HAUT SONT EXACTS. DE PLUS, J'AUTORISE L'INSTITUTION FINANCIÈRE ET LES CLIENTS RÉFÉRÉS À DIVULGUER AU CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DES HAUTES-RIVIÈRES LES RENSEIGNEMENTS SUR MA SOLVABILITÉ, MON CRÉDIT ET LE SERVICE À LA CLIENTÈLE.

SIGNATURE	FONCTION	DATE
RÉSERVÉ AU C.S.S.	DEMANDÉ PAR:	
	NOM	FONCTION
	SIGNATURE	
DATE D'APPROBATION: _____	NO FOURNISSEUR: _____	VÉRIFIÉ PAR: _____