



SERVICE DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Tél.: 450 438-3131 Téléc.: 450 436-1854

Afin de mettre à jour nos dossiers, ou de vous inclure dans notre répertoire des fournisseurs, veuillez compléter et nous retourner ce formulaire dès que possible.

Selon notre politique, toute facture non-conforme aux exigences de paiement vous sera retournée, non acquittée, pour correction.

► **De plus, vous devez inscrire notre **numéro de bon de commande** sur chacune de vos factures.**

► **Toutes vos factures et état de compte devront être acheminés à srf@csrdsn.qc.ca ou par fax au **450 436-1854**.**

RAISON SOCIALE DU FOURNISSEUR:

Émettre le chèque au nom de :

Nom de l'entreprise:

Adresse:

Code postal:

**COMMUNICATIONS
COMPTES RECEVABLES**

**COMMUNICATIONS
VENTES**

Contact:

Contact:

Téléphone:

Téléphone:

Télécopieur:

Télécopieur:

Courriel:

Courriel:

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT D'ENTREPRISE

INFORMATION POUR ADHÉRER AU DÉPÔT DIRECT

T.P.S.

N.E.Q.

Je désire adhérer au dépôt direct : Oui Non

T.V.Q.

T.V.H.

****IMPORTANT** Joindre un spécimen chèque avec la mention "Annulé".**

Adresse de courriel **obligatoire** pour envoyer l'avis de dépôt :

Numéro de licence RBQ:

TYPE D'ENTREPRISE

- Travailleur autonome Compagnie
 Professionnel Société
 Autre - Spécifiez ► _____

Nombre d'employés: _____ Nombre de professionnels: _____

Date du début des opérations ou d'incorporation: _____

CATÉGORIES DE PRODUITS OU SERVICES (Décrire l'ensemble des produits et services)

DÉCLARATION

Avez-vous un lien d'emploi avec la CSRDN? Oui Non

Si oui, indiquez l'emploi occupé: _____

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts.

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

Écoles/Centres/Services: _____

Nom du requérant: _____ Poste: _____

S.V.P RETOURNER CE FORMULAIRE AU SRF:

Par courriel: srf@csrdsn.qc.ca

Par télécopieur: 450 436-1854