

FICHE DES CONTACTS ET DE PROCURATION

ENTREPRISE

Nom					
Adresse					
	No. civique	Rue	App.	Ville	Code postal
()	poste	()			
Numéro de téléphone		Télécopieur		Adresse courriel	

PROPRIÉTAIRE / ADMINISTRATEUR(S) / ASSOCIÉ(S) (Si plus d'un, ajouter les autres sur une feuille annexée aux présentes)

Prénom et nom					
Adresse					
	No. civique	Rue	App.	Ville	Code postal
()	poste	()			
Numéro de téléphone		Télécopieur		Adresse courriel	
Langue de correspondance	<input type="checkbox"/> Français		<input type="checkbox"/> Anglais		
<input type="checkbox"/> Contact pour les rapports mensuels <input type="checkbox"/> Contact pour les inspections <input type="checkbox"/> Contact pour les réclamations					
Les rapports mensuels à produire					
<input type="checkbox"/> Je ne désire pas utiliser l'application web du Comité paritaire pour la préparation de mes rapports mensuels. Veuillez transmettre les formulaires de rapport mensuel à :					
<input type="checkbox"/> L'adresse de mon entreprise <input type="checkbox"/> L'adresse de correspondance de mon contact externe (ex : comptable)					

AUTRE(S) CONTACT(S) INTERNE(S) DÛMENT AUTORISÉ(S) (S'il y a lieu)

CONTACT 1	Prénom et nom				
	poste	()			
Numéro de téléphone		Télécopieur		Adresse courriel	
<input type="checkbox"/> Contact pour les rapports mensuels <input type="checkbox"/> Contact pour les inspections <input type="checkbox"/> Contact pour les réclamations					
Cette personne est autorisée à		<input type="checkbox"/> Signer les renonciations à la prescription <input type="checkbox"/> Transmettre des preuves pour les réclamations			
CONTACT 2	Prénom et nom				
	poste	()			
Numéro de téléphone		Télécopieur		Adresse courriel	
<input type="checkbox"/> Contact pour les rapports mensuels <input type="checkbox"/> Contact pour les inspections <input type="checkbox"/> Contact pour les réclamations					
Cette personne est autorisée à		<input type="checkbox"/> Signer les renonciations à la prescription <input type="checkbox"/> Transmettre des preuves pour les réclamations			

AUTRES ACTES AUTORISÉS POUR LES CONTACTS INTERNES (À DÉTAILLER)

--	--	--	--	--	--

CONTACT(S) EXTERNE(S) DÛMENT AUTORISÉ(S)

- Avocat (membre du barreau du Québec)
 Comptable (membre de l'ordre des comptables professionnels agréés du Québec)

Prénom et nom			
Adresse de correspondance			
()	poste	()	
Numéro de téléphone	Télécopieur	Adresse courriel	
<input type="checkbox"/> Contact pour les rapports mensuels <input type="checkbox"/> Contact pour les inspections <input type="checkbox"/> Contact pour les réclamations			

DÉTAIL DE LA PROCURATION POUR LE(S) CONTACT(S) EXTERNE(S) ET ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITÉ

- Signature des renonciations à la prescription
 Transmission de preuves de réclamation
 Autre

Veillez joindre copie de la procuration, signez et faire signer l'engagement de confidentialité suivant :

Je _____ m'engage à garantir la confidentialité des informations obtenues dans le cadre
(prénom et nom en lettres moulées)

de ce mandat et à ne pas utiliser les informations reçues à d'autres fins que celles prévues pour la fin de ce mandat.

À Montréal, le _____, 20_____

**Employeur professionnel (président, vice-président,
administrateur, directeur...)**

Prénom et nom en lettres moulées

Signature

Mandataire (contact externe)

Prénom et nom en lettres moulées

Signature