☐ **Adhésion** ☐ **Modification de coordonnées bancaires**

| 1. RENSEIGNEMENTS SUR L’IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE OU DU FOURNISSEUR | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  |  | | | |
| Nom | | | | | |  | Code géographique (si applicable) | | | |
| Adresse | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  |  |
| Numéro | | Rue | | | | | | |  | Bureau |
|  | | | | | | | | |  |  |
| Ville | | | | | | | | |  | Code postal |
| Autres moyens de communication | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | |  | |  |
| Téléphone | | |  | Téléphone (autre) | | | | | | Poste |
|  | | |  |  | | | | | | |
| Télécopieur | | |  | Courriel | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. RENSEIGNEMENTS SUR L’IDENTITÉ DE L’INSTITUTION FINANCIÈRE | | |
|  | | |
|  |  |  |
| Nom de l’institution financière |  | Numéro de l’institution financière (3 chiffres) |
|  |  |  |
| Nom de la succursale |  | Numéro de la succursale (5 chiffres) |
|  |  |  |
| Numéro du compte bancaire (7 chiffres) – **annexez un spécimen de chèque** |  | Courriel pour envoi des avis de versement |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. APPROBATION | | | |
|  | | | |
|  |  |  |  |
| Nom et prénom du responsable du compte |  | Fonction |  |
|  |  |  |  |
| Signature |  | Date |  |

Formulaire à envoyer **avec un spécimen de chèque** à [depotdirect.drfm@mamh.gouv.qc.ca](mailto:depotdirect.drfm@mamh.gouv.qc.ca) ou par la poste à :

MAMH, DRFM, 10 Pierre-Olivier-Chauveau, RC de l’aile Cook, Québec (QC) G1R 4J3