☐ **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 ou par la poste à :

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