

DATE : _____

NOM DE L'ENTREPRISE : _____

DEMANDEUR

PRÉNOM ET NOM : _____

POSTE OCCUPÉ : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

AJOUT

RENSEIGNEMENTS SUR L'UTILISATEUR COCHEZ S'IL S'AGIT DU DEMANDEUR

PRÉNOM ET NOM : _____

POSTE OCCUPÉ : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

NIVEAU D'ACCES DEMANDÉ:

création / modification du rapport mensuel signature / envoi du rapport mensuel

RETRAIT

RENSEIGNEMENT SUR L'UTILISATEUR

PRÉNOM ET NOM : _____

POSTE OCCUPÉ : _____

ADRESSE COURRIEL : _____



CE DOCUMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR UN **ADMINISTRATEUR, PROPRIÉTAIRE OU ASSOCIÉ DE L'ENTREPRISE** ET ÊTRE RETOURNÉ PAR COURRIEL : formulaire@cpcisrq.ca

Type d'entreprise : société par actions entreprise individuelle société en nom collectif (s.e.n.c.)
autre _____

nom en lettre moulées

signature

RESERVÉ AU CPPISRQ

D'EMPLOYEUR : _____

APPROUVÉ PAR : _____