Emploi et Solidarité sociale Québec

Adhésion ou changement au dépôt direct – Partenaires

Transmission par télécopieur [1]

Destinataire _____

Télécopieur : _____

Nombre de pages : _____

Expéditeur

Télécopieur : _____

Date : _____

INSTRUCTIONS

Pour que la demande soit jugée officielle, le ou les responsables du compte du partenaire doivent :

- remplir et approuver le formulaire aux sections 1 à 4;
- joindre un spécimen de chèque;
- transmettre le tout de façon confidentielle et sécuritaire au responsable de l'entente au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Le partenaire doit informer son responsable de l'entente de toute modification :

- **au compte** afin d'éviter des délais de traitement;
- **à son adresse courriel,** afin d'éviter des délais de réception de l'avis de dépôt s'il y a lieu.

1 Raison de la demande

☐ Adhésion ☐ Modification ☐ Annulation

Pour une **modification** ou une **annulation**, inscrire votre numéro de compte actuel :

2 Renseignements sur le partenaire

Nom du partenaire

Adresse (adresse physique du partenaire)

Ville, village ou municipalité | Code postal | Téléphone | Poste

Adresse de courriel (**pour la transmission de l'avis de dépôt**)

3 Renseignements sur la succursale de l'institution financière

Nom de l'institution financière | Numéro de l'institution financière

Nom de la succursale | Numéro de la succursale

Adresse

Ville, village ou municipalité | Code postal | Province

Numéro du compte bancaire (**annexez un spécimen de chèque**) | Date d'entrée en vigueur

4 Approbation par le ou les responsables du compte du partenaire

Nom de famille et prénom (en caractères d'imprimerie) du responsable du compte du partenaire | Titre de la fonction

Année - Mois - Jour | *Signature du responsable du compte du partenaire*

Nom de famille et prénom (en caractères d'imprimerie) du responsable du compte du partenaire | Titre de la fonction

Année - Mois - Jour | *Signature du responsable du compte du partenaire*

5 Renseignements sur l'entente (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale)

Nom de famille et prénom du responsable de l'entente | Téléphone | Poste

Numéro du dossier entreprise – MSE | **Numéro du fournisseur SAGIR** | **Code de lieu de paiement SAGIR**

6 Réservé à la Direction de la comptabilité et des contrôles financiers

Commis aux coordonnées bancaires	Agent au dossier d'un fournisseur (MO)

1. Protection des renseignements confidentiels

Les renseignements confidentiels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions du Ministère. L'accès à ces renseignements est limité aux seules personnes autorisées dans l'exercice de leur fonction. Vous avez le droit de connaître les renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d'en recevoir communication ou d'en demander la correction en vous adressant par écrit au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.