



TOWN OF MOUNT ROYAL

Service de la trésorerie et des ressources matérielles  
Comptes fournisseurs  
90, avenue Roosevelt, H3R 1Z5  
Téléphone : 514 734-3024  
cf-ap@ville.mont-royal.qc.ca

# DEMANDE D'INSCRIPTION AU DÉPÔT DIRECT OU DE MODIFICATION

Inscription

Modification

Entrée en vigueur \_\_\_\_\_

*jour / mois / année*

## Identification (Veuillez écrire en lettres moulées)

Nom légal de l'entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

N° de télécopieur \_\_\_\_\_

Adresse courriel (pour avis de dépôt) \_\_\_\_\_

N° d'entreprise du Québec (NEQ) \_\_\_\_\_

N° de TPS \_\_\_\_\_

N° de TVQ \_\_\_\_\_

## Renseignements bancaires

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

N° de succursale \_\_\_\_\_

N° de l'institution \_\_\_\_\_

N° de compte \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

*Signature* \_\_\_\_\_

Exemple de chèque (afin de localiser les renseignements demandés)

|| 00 1 ||

Numéro du chèque

1 2 3 4 5 0 1 2 1

Numéro de succursale

Numéro de l'institution financière

1 2 3 1 2 3 0 1

Numéro de compte

## Autorisation

J'atteste que je suis le représentant autorisé de l'entreprise. J'autorise la Ville de Mont-Royal à déposer directement les sommes dues à l'entreprise dans le compte bancaire indiqué ci-dessus et à communiquer par le biais de l'adresse courriel fournie. J'accepte que la Ville ne sera pas tenue responsable de toute perte se produisant après le dépôt dans le compte de l'entreprise. J'accepte également que tout paiement en double, excessif, frauduleux ou effectué par erreur soit retourné sans délai à la Ville.

Prénom et nom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

*jour / mois / année*

Prière de retourner le formulaire complété par la poste ou par courriel seulement. L'usage d'un télécopieur ne sera pas accepté.