

Avant de remplir ce formulaire, lisez attentivement ce qui suit :

Ce formulaire vous permet de transférer (veuillez cocher le type de transfert demandé) :

- Un seul représentant
- Plusieurs représentants d'une même succursale
- Tous les représentants d'une même succursale

Nous vous rappelons qu'au Québec, toute entreprise privée est assujettie aux obligations prévues à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c. P-39.1, dont l'application relève de la Commission d'accès à l'information. Nous vous référons au site Web de l'Autorité pour connaître les règles générales d'application de cette loi, à l'adresse suivante : [Protection des données et des renseignements personnels | AMF \(lautorite.qc.ca\)](http://www.lautorite.qc.ca/Protection-des-donnees-et-des-renseignements-personnels).

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENT D'IDENTIFICATION

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET

N° de client (10 chiffres)		NEQ (10 chiffres)	
Nom de l'entreprise			
Langue de correspondance : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>			
ADRESSE PRINCIPALE			
N° d'immeuble / Case postale		Rue	
			App. / Unité
Municipalité		Province	
			Code postal
Téléphone		Télécopieur	
Courriel			

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSFERT DU OU DES REPRÉSENTANTS

- Je désire transférer tous les représentants de la succursale
- Je désire fermer cette succursale

<input type="checkbox"/> Je désire transférer un ou plusieurs représentants de la succursale Veillez nous indiquer les noms ci-dessous. Si vous avez plus de 8 représentants, svp, utilisez une copie de cette page.			
REPRÉSENTANT N° 1			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 2			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 3			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 4			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 5			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 6			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 7			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	
REPRÉSENTANT N° 8			
N° de client (10 chiffres)			
M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	

PARTIE 3 – IDENTIFICATION DES SUCCURSALES CONCERNÉES

SUCCURSALE DE DÉPART

N° de client (10 chiffres)					
Nom de la succursale					
ADRESSE DE LA SUCCURSALE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité			Province		Code postal
Téléphone			Télécopieur		
Courriel					

SUCCURSALE DE DESTINATION

N° de client (10 chiffres)					
Nom de la succursale					
ADRESSE DE LA SUCCURSALE					
N° d'immeuble		Rue		App. / Unité	
Municipalité			Province		Code postal
Téléphone			Télécopieur		
Courriel					

PARTIE 4 – DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

SIGNATURE DU DIRIGEANT RESPONSABLE / DU SIGNATAIRE AUTORISÉ / DE L'ASSOCIÉ RESPONSABLE

Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets.

M. <input type="checkbox"/>	Prénom	Nom	_____ / _____ / _____ année / mois / jour
M ^{me} <input type="checkbox"/>			
Signature	Date		

L'Autorité accepte les formulaires par **la poste** seulement.

Aucun formulaire envoyé à l'Autorité par courriel ou par télécopieur ne sera accepté.

Faites parvenir votre paiement et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1