

**Ce formulaire vous permet de demander soit une attestation générale de droit de pratique, soit une attestation hors Québec.**

**Attestation générale**

Document attestant et détaillant l'historique du droit de pratique d'un représentant, d'un cabinet, d'une société autonome ou d'une firme (périodes, disciplines, mode d'exercice, décisions) au Québec, pour la période demandée. Cette attestation est disponible en français uniquement. L'information donnée sera celle débutant le 1<sup>er</sup> octobre 1999, date d'entrée en vigueur de la *Loi sur la distribution de produits et services financiers*. Vous pouvez obtenir l'information antérieure à cette date en le précisant dans votre demande.

**Attestation hors Québec**

Document attestant le droit de pratique actif d'un représentant, d'un cabinet ou d'une société autonome au Québec en vue d'une demande auprès d'un organisme hors Québec. Ce document vise à couvrir les 5 années de droit de pratique actif les plus récentes.

**LE DEMANDEUR EST :**

Un représentant  Un cabinet inscrit auprès de l'Autorité  Autre (ex : firme d'avocats)

Nom de la personne ou de l'entreprise

N° de client (10 chiffres) si applicable

**NOM DE LA PERSONNE QUI REMPLIT CETTE DEMANDE D'ATTESTATION**

M.   
M<sup>me</sup>

Prénom

Nom

Téléphone

Courriel

Signature

Date

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

**ADRESSE OÙ VOUS DÉSIREZ RECEVOIR LA OU LES ATTESTATION(S) DEMANDÉE(S)**

Nom de l'entreprise (si applicable)

N° d'immeuble/  
Case postale

Rue

App. /  
Unité

Municipalité

Province

Code postal

**DEMANDEZ-VOUS UNE ATTESTATION :**

- 1- de votre propre droit de pratique à titre de représentant?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir la **SECTION 1**.
- 2- du droit de pratique d'un ou de plusieurs représentant(s) autre(s) que vous-même?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir la **SECTION 1**.
- 3- du droit de pratique d'un cabinet, d'une société autonome ou d'une firme?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir la **SECTION 2**.

*Plus d'une section peut être remplie sur une même demande.*

**Centre d'information**

Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337

Montréal : 514 395-0337

DCI-attestation-droit-pratique-janvier 2021

| SECTION 1 - IDENTIFICATION DU OU DES REPRÉSENTANT(S) VISÉ(S) PAR CETTE DEMANDE D'ATTESTATION |        |   |     |
|--|--------|---|-----|
| <b>INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT N° 1</b>  |        |   |     |
| N° de client<br>(10 chiffres)  |        | BDNI<br>(6 chiffres)                          |     |
| M. <input type="checkbox"/><br>M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>                      | Prénom |   | Nom |
| Date de naissance ____ / ____ / ____<br>année mois jour                                      |        |   |     |
| Attestation hors Québec <input type="checkbox"/>   |        | Attestation générale <input type="checkbox"/> |     |
| Quantité d'attestations demandée : _____   |        | Période requise : _____                       |     |
|  |        | Quantité d'attestations demandée : _____      |     |
| <b>INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT N° 2</b>  |        |   |     |
| N° de client<br>(10 chiffres)  |        | BDNI<br>(6 chiffres)                          |     |
| M. <input type="checkbox"/><br>M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>                      | Prénom |   | Nom |
| Date de naissance ____ / ____ / ____<br>année mois jour                                      |        |   |     |
| Attestation hors Québec <input type="checkbox"/>   |        | Attestation générale <input type="checkbox"/> |     |
| Quantité d'attestations demandée : _____   |        | Période requise : _____                       |     |
|  |        | Quantité d'attestations demandée : _____      |     |
| <b>INFORMATIONS CONCERNANT LE REPRÉSENTANT N° 3</b>  |        |   |     |
| N° de client<br>(10 chiffres)  |        | BDNI<br>(6 chiffres)                          |     |
| M. <input type="checkbox"/><br>M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>                      | Prénom |   | Nom |
| Date de naissance ____ / ____ / ____<br>année mois jour                                      |        |   |     |
| Attestation hors Québec <input type="checkbox"/>   |        | Attestation générale <input type="checkbox"/> |     |
| Quantité d'attestations demandée : _____   |        | Période requise : _____                       |     |
|  |        | Quantité d'attestations demandée : _____      |     |

*Veillez noter qu'un maximum de 3 attestations **représentant** est accepté par demande transmise.*

**SECTION 2 - IDENTIFICATION DU CABINET, DE LA SOCIÉTÉ AUTONOME OU DE LA FIRME VISÉ(E) PAR CETTE ATTESTATION**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| N° de client<br>(10 chiffres)                    |  | BDNI<br>(6 chiffres)                          |  |
| Nom de l'entreprise                              |  |   |  |
| Attestation hors Québec <input type="checkbox"/> |  | Attestation générale <input type="checkbox"/> |  |
| Quantité d'attestations demandée : _____         |  | Période requise : _____                       |  |
|  |  | Quantité d'attestations demandée : _____      |  |

**DROITS ET FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1ER JANVIER 2021 AU 31 DÉCEMBRE 2021**

**FRAIS DE DÉLIVRANCE POUR CHAQUE ATTESTATION DEMANDÉE : 89 \$**

**Une facture vous sera envoyée par la poste avec la ou les attestation(s) demandée(s).**

**Pour effectuer votre paiement à l'aide des services en ligne de l'Autorité**, veuillez choisir l'onglet **Dossier client** du menu principal, sélectionnez la rubrique **État de compte**, puis sélectionnez **Paiement**.

**Pour effectuer votre paiement par la poste**, veuillez remplir le formulaire de paiement disponible sur le site Web de l'Autorité au [www.lautorite.qc.ca](http://www.lautorite.qc.ca) dans la section **Professionnels**.

**SI VOUS DÉSIREZ QUE LA FACTURE SOIT ENVOYÉE À UN CABINET INSCRIT AUPRÈS DE L'AUTORITÉ, ASSUREZ-VOUS DE FAIRE REMPLIR L'ENCADRÉ SUIVANT PAR UN SIGNATAIRE AUTORISÉ DU CABINET.**

|  |        |     |                                       |
|--|--------|-----|---------------------------------------|
| Nom de l'entreprise  |        |     |                                       |
| N° de client (10 chiffres) obligatoire   |        |     |                                       |
| Je consens à ce que les frais de cette demande soient facturés au cabinet mentionné ci-dessus. |        |     |                                       |
| M. <input type="checkbox"/>  | Prénom | Nom |                                       |
| M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/>   |        |     |                                       |
| Signature  | Date   |     | ____ / ____ / ____<br>année mois jour |

**TRANSMISSION DE LA DEMANDE D'ATTESTATION**

Veuillez transmettre ce formulaire en utilisant les services en ligne de l'Autorité. Pour ce faire, veuillez choisir l'onglet **Autres demandes** du menu principal, sélectionnez la rubrique **Autres demandes**, puis sélectionnez **Demande d'attestation de droit de pratique**, dans le menu déroulant « Type de demande ».

Si vous ne pouvez pas utiliser les services en ligne de l'Autorité, veuillez faire parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

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

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