

N° de client

GESTION DES LIENS D'AFFAIRES

Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

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

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

Ce formulaire vous permet de faire la mise à jour des liens d'affaires que vous avez déclarés à l'Autorité.

Veuillez vous référer au tableau de la partie 3 afin de connaître les pièces justificatives requises en fonction des changements demandés.

Vous ne pouvez nommer qu'un seul correspondant et qu'un seul dirigeant ou associé responsable au Québec. L'ajout d'un nouveau correspondant ou d'un nouveau dirigeant (ou d'un nouvel associé) responsable au Québec entraînera automatiquement le retrait de celui qui figure actuellement au dossier du cabinet ou de la société autonome.

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 : <u>Protection des données et des renseignements personnels | AMF (lautorite.qc.ca)</u>.

NEQ

INFORMATIONS CONCERNANT LE CABINET, LA SOCIÉTÉ AUTONOME OU LE REPRÉSENTANT AUTONOME

(10 chiffres)						(10 ch	iffres)			
Nom de l'entre	prise									
PARTIE 2 –	MODIFIC	CATIONS	REQU	JISES						
SECTION A - D	IRIGEANT (OU ASSOCIE	É RESPO	ONSABLE A	U QUÉBE	C (un	seul)			
IDENTIFICATION	DU DIRIGEA	NT OU DE L'A	ASSOCIÉ	RESPONSAI	BLE AU QU	JÉBEC	À RETIREI	R		
M. Pro	énom					Nom				
N° de client (10 (s'il y a lieu)	chiffres)					Date	de naissa	_	/ Innée mo	ois jour
IDENTIFICATION	DU DIRIGEA	NT OU DE L'A	ASSOCIÉ	RESPONSAI	BLE AU QU	JÉBEC	À AJOUTE	R		
M. Pro	énom					Nom				
N° de client (10 (s'il y a lieu)	chiffres)					Date	de naissa		/ Innée mo	ois jour
Est-ce que cett	e personne	e est certifié	e au Qı	uébec?		Oui [☐ Non [
ADRESSE RÉSID	ENTIELLE									
N° d'immeuble			Rue						App. / Unité	
Municipalité					Province	е		Cod	e postal	
Téléphone					Cellulair	е		•		
Courriel						•				

Centre d'information

Sans frais: 1 877 525-0337 Québec: 418 525-0337 Montréal: 514 395-0337 DCI_gestion-liens-affaires_Janvier 2024

Page 1 de 17 Site Web : www.lautorite.qc.ca



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION E	B – CORRI	SPONDANT	(un seul	l)							
IDENTIFICATI	ION DU COR	RESPONDANT À	RETIRE	₹							
M. D	Prénom					Nom					
N° de client	(10 chiffres)					Date o	le naissand				
(s'il y a lieu)								an	née mo	ois j	jour
	ION DU COR	RESPONDANT À	AJOUTE	R							
M.	Prénom					Nom					
N° de client (s'il y a lieu)	(10 chiffres)					Date o	le naissand		/ née mo	/ ois j	jour
ADRESSE RÉ	SIDENTIELL	.E									
N° d'immeu	ble		Rue						App. / Unité		
Municipalité	•				Provinc	е		Code	postal		
Téléphone					Cellulai	re					
Courriel											
SECTION C	C – ASSIS	TANT DU COF	RRESPO	NDANT							
Vous désiri	EZ FAIRE :	UN AJOU	r 🛄 u	JN RETRAIT	UNE N	MODIFIC	ATION				
IDENTIFICATI	ION										
M.	Prénom					Nom					
N° de client (s'il y a lieu)	(10 chiffres)					Date	de naissan			/ _	jour
ADRESSE RÉ	SIDENTIELI	.E									
N° d'immeu	ble		Rue						App. / Unité		
Municipalité					Provinc	е		Code	postal		
Téléphone					Cellulai	re	•			•	
Courriel						•					

Centre d'information Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 DCI_gestion-liens-affaires_Janvier 2024

Page 2 de 17

Site Web: www.lautorite.qc.ca



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION D – SIGNATAIRE AUTORISÉ N° 1										
Vous désirez fa	IRE:	UN AJOUT	<u></u>	JN RETRAIT	UNE I	MODIFIC	CATION			
IDENTIFICATION										
M. ☐ Prér	nom					Nom				
N° de client (10 cl (s'il y a lieu)	niffres)					Date	de naissar			ois jour
ADRESSE RÉSIDE	NTIELLE									
N° d'immeuble			Rue						App. / Unité	
Municipalité					Provinc	e		Code	postal	
Téléphone					Cellulai	ire				
Courriel										
SECTION D - S	GNATAI	RE AUTOR	RISÉ Nº	2						
Vous désirez fa	IRE:	UN AJOUT	_	JN RETRAIT	UNE I	MODIFIC	CATION			
IDENTIFICATION										
M. ☐ Prér	nom					Nom				
N° de client (10 cl (s'il y a lieu)	niffres)					Date	de naissar		/ nnée m	ois jour
ADRESSE RÉSIDE	NTIELLE									
N° d'immeuble			Rue						App. / Unité	
Municipalité					Provinc	е		Code	postal	
Téléphone					Cellulai	ire				
Courriel										

Centre d'informationSans frais: 1 877 525-0337
Québec: 418 525-0337
Montréal: 514 395-0337

DCI_gestion-liens-affaires_Janvier 2024

Page 3 de 17 Site Web : <u>www.lautorite.qc.ca</u>



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION E – ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ Nº 1											
Vous désirez F	IRE:	UN AJOUT		JN RETRAIT	UNE M	ODIFIC	ATION				
(vous devez éga	lement fa	aire les mod	lification	s au <u>Regis</u>	tre des en	<u>trepris</u>	es du Qué	é <u>bec</u>)			
IDENTIFICATION											
M. Deré	nom					Nom					
N° de client (10 c (s'il y a lieu)	hiffres)					Date	de naissar	nce : année		ois jour	
ADRESSE RÉSIDE	NTIELLE										
N° d'immeuble			Rue					Ap Un	p. / nité		
Municipalité	•		•		Province	9		Code pos	stal		
Téléphone					Cellulair	е		1			
Courriel					ı						
SECTION E - A	DMINIST	RATEUR C	OU ASS	OCIÉ Nº 2							
Vous désirez FA	.DE . [UN AJOUT	. 🗀 .	JN RETRAIT		ODIFIC	ATION				
(vous devez éga								ébec)			
IDENTIFICATION			oatiori	o da <u>riogio</u>		ti oprio	00 44 44	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			
м 🗆	nom					Nom					
N° de client (10 c	hiffres)					Date	de naissar	nce :		/ ois jour	
ADRESSE RÉSIDE	NTIELLE									•	
N° d'immeuble			Rue					Ap Un	p. / nité		
Municipalité	•			•	Province	•		Code pos			
Téléphone					Cellulair	е				•	
Courriel					1	1					



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION F – ACTIONNAIRE (PERSONNE PHYSIQUE)											
Vous désirez	FAIRE:	UN AJOUT	_	IN RE	TRAIT	UNE	MODII	FICATION			
IDENTIFICATION	١										
M. D	rénom						Non	n			
N° de client (10 (s'il y a lieu)	0 chiffres)						Date	e de naissa		/ nnée mo	
ADRESSE RÉSI	DENTIELLE										
N° d'immeuble	е		Rue							App. / Unité	
Municipalité						Provinc	се		Code	oostal	
Téléphone			Cellula	ire				Courriel			
LIENS AVEC D'A	AUTRES ENT	ITÉS (rempli	r seulem	ent s	si vous	demand	dez u	n ajout ou	une mod	dification)	
Cet actionnair	e est-il dirig	eant ou em	ployé d'	un as	ssureur	·?	Oui	☐ Non			
Si oui, veuillez Nom de l'assu Nom de l'assu	ireur :		-			Nº de		•			
Cet actionnair	Cet actionnaire est-il dirigeant ou employé d'un autre inscrit? Oui ☐ Non ☐										
Nom de l'inscr	Si oui, veuillez préciser s'il est : Dirigeant ou Employé Nom de l'inscrit : Nº de client auprès de l'Autorité : Nº de client auprès de l'Autorité :										
inom de i inscr	π					in, α∈	clier	it aupres d	e i Autor	ite :	



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION G - A	CTIONN	AIRE (PE	RSONNE MO	DRALE)									
Vous désirez fa	VOUS DÉSIREZ FAIRE : 🔲 UN AJOUT 🔲 UN RETRAIT 🖵 UNE MODIFICATION												
IDENTIFICATION													
Nom de l'actionr	naire												
N° de client (10 c (s'il y a lieu)	hiffres)				NEQ (10 chif	fres)							
ADRESSE PRINCI	PALE												
N° d'immeuble/ Case postale			Rue						Bur. / Unité				
Municipalité			Province			Code p	oostal						
Téléphone					Courriel								
TYPE D'ENTREPR	ISE (remp	lir seulem	ent si vous d	emande	z un ajout ou	une mo	dificatio	n)					
☐ Assureur													
☐ Autre inscrit	(cabinet,	société au	utonome ou r	eprésen	tant autonom	ie)							
☐ Autre													

Centre d'information Sans frais : 1 877 525-0337 Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337

Site Web: www.lautorite.qc.ca



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION H – ASSUREUR										
Vous désirez fa	IRE:	UN AJOU	JT 🔲 UN R	RETRAIT	UNE MODI	FICATION	1			
IDENTIFICATION										
Nom de l'assure	ır									
N° de client (10 ch	niffres)				NEQ (10 chif	fres)				
ADRESSE PRINCIP	ALE									
N° d'immeuble/ Case postale			Rue						Bur. / Unité	
Municipalité		Code postal								
Téléphone					Courriel					
TYPES D'ENTENTE	AVEC (ET ASSURE	JR (remplir se	eulemen	t si vous dem	nandez ι	ın ajou	t ou une m	odificatio	n)
☐ Entente de pr	êt				☐ Entente	de distr	ibution			
☐ Entente pour					☐ Entente	d'agent	généra	al		
_		e sites / ser ervices adm	veurs Interne	et	☐ Entente	_				
□ Fournitur			IIIIStratiis			ivités de ivités de				
☐ Fournitur☐ Prêt de p								•		
- Trecue p	☐ Prêt de personnel ☐ Autre entente :									
DISCIPLINE(S) VIS	ÉE(S) P	AR CES ENTE	NTES (rempli	r seulem	nent si vous c	lemande	ez un a	jout ou une	modifica	ation)
☐ Assurance de	e perso	nnes	☐ As	surance	de dommage	es		☐ Planific	ation fina	ncière
☐ Assurance co	ollective	e de personi	nes 🖵 Ex	pertise e	en règlement	de sinis	tres			



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION I – AUTRE INSCRIT									
Vous désirez faire :	UN AJOU	IT 🖵 UN R	ETRAIT	UNE MODI	FICATION				
IDENTIFICATION									
Nom de l'inscrit									
N° de client (10 chiffres)			NEQ (10 chif	fres)				
ADRESSE PRINCIPALE									
N° d'immeuble / Case postale		Rue					Bur. / Unité		
Municipalité									
Téléphone Courriel									
TYPES D'ENTENTE AVE	C CET AUTRE IN	SCRIT (remp	lir seulei	ment si vous	demandez u	n ajout ou un	e modific	ation)	
☐ Entente pour la fo	urniture de ser	vices		☐ Entente	de distribution	on			
☐ Hébergemen	t de sites / ser	veurs Interne	et	☐ Entente	de prêt				
	services adm	inistratifs		☐ Entente	de partage d	de commissio	ons		
☐ Fourniture de				☐ Entente	de franchise)			
☐ Prêt de perso				☐ Indication	on de clients				
				☐ Autre er	ntente:				
DISCIPLINE(S) VISÉE(S) PAR CES ENTE	NTES (rempli	r seulen	nent si vous d	demandez ur	ajout ou une	e modifica	ition)	
☐ Assurance de per	rsonnes	☐ As	surance	de dommage	es	☐ Planific	ation fina	ncière	
☐ Assurance collect	☐ Assurance collective de personnes ☐ Expertise en règlement de sinistres ☐ Courtage hypothécaire								



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION J – AGENT GÉNÉRAL													
Vous désirez f	Vous désirez faire : 🔲 un ajout 🔲 un retrait 🖵 une modification												
IDENTIFICATION													
Nom de l'agent	général												
N° de client (10	chiffres)				NEQ (10 chi	ffres)							
ADRESSE PRINC	IPALE												
N° d'immeuble/ Case postale			Rue					Bur. / Unité					
Municipalité			Province			Code posta	I						
Téléphone					Courriel								
DISCIPLINE(S) VI	SÉE(S) PAF	R CETTE EN	ITENTE (remp	lir seule	ment si vous	demandez u	n ajout ou u	ne modific	ation)				
☐ Assurance of	le personr	nes	☐ Assu	irance c	ollective de p	ersonnes							
SECTION K - 0	GROSSIS	TE											
Vous désirez f	AIRE:	UN AJOI	JT 🖵 UN R	RETRAIT	UNE MODI	FICATION							
IDENTIFICATION													
Nom du grossis	te												
N° de client (10	chiffres)				NEQ (10 chif	fres)							
ADRESSE PRINC	IPALE												
N° d'immeuble/ Case postale			Rue					Bur. / Unité					
Municipalité			Province			Code posta	I						
Téléphone					Courriel								



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION L - F	RÊTE	UR HYPOTHÉ	CAIRE (PE	RSON	NE MORALE			
Vous désirez f	AIRE:	☐ UN AJOUT	☐ UN RE	TRAIT	UNE MODIF	ICATION		
Nom du prêteur								
NEQ (10 chiffres)								
ADRESSE PRINCI	PALE D	U PRÊTEUR HYP	POTHÉCAIRE					
N° d'immeuble/ Case postale		1	Rue					Bur. / Unité
Municipalité			Province			Code postal		
Téléphone					Courriel			
TYPES D'ENTENT	E AVEC	CE PRÊTEUR H	YPOTHÉCAIR	RE				
☐ Fournit	ement ire de ire de ire de	de sites / servo services admir matériel locaux	eurs Interne	∍t	□ Entente	de distribution de prêt de partage de co de franchise n de clients tente :	ommissio	ns

Centre d'information Sans frais : 1 877 525-0337 Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337

DCI_gestion-liens-affaires_Janvier 2024

Page 10 de 17 Site Web : <u>www.lautorite.qc.ca</u>



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION M - I	SECTION M – PRÊTEUR HYPOTHÉCAIRE (PERSONNE PHYSIQUE)											
Vous désirez f	AIRE: 🗆 UN	N AJOUT	☐ UN RE	TRAIT		ICATION						
Nom du prêteur												
ADRESSE PRINCI	PALE DU PRÊT	TEUR HYP	OTHÉCAIRE									
N° d'immeuble/ Case postale		F	Rue				Bur. / Unité					
Municipalité		F	Province			Code postal						
Téléphone					Courriel							
TYPES D'ENTENT	E AVEC CE PR	ÊTEUR H	YPOTHÉCAIR	RE								
☐ Entente pour	la fourniture	de servi	ces		☐ Entente	de distribution						
_	ement de site			et	☐ Entente	de prêt						
	ure de service ure de matéri		nistratifs		☐ Entente	de partage de co	ommissions					
	□ Fourniture de matériel □ Entente de franchise											
☐ Prêt de	personnel				☐ Indication	n de clients						
					☐ Autre en	tente :						



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION N - DÉ	TENTEUR D'UN	PERMIS IMI	MOBILIE	ER DE L'OAG	CIQ (P	ERSONN	E MORA	LE)	
Vous désirez fair	RE: UN AJOUT	Γ □ UN RE	TRAIT	UNE MODIF	ICATIO	N			
Nom de l'agence immobilière									
N° de permis OAC	CIQ			NEQ (10 chif	fres)				
ADRESSE PRINCIPA	LE DU DÉTENTEUR	DE PERMIS IN	MOBILIE	R					
N° d'immeuble/ Case postale		Rue						Bur. / Unité	
Municipalité		Province			Code	postal			
Téléphone				Courriel					
TYPES D'ENTENTE	AVEC CE DÉTENTEL	JR DE PERMIS	IMMOBIL	IER					
☐ Fourniture☐ Fourniture	nent de sites / ser e de services adm e de matériel e de locaux	veurs Interne	et	Entente d Entente d Entente d Entente d Indication Autre ent	de prê de par de frar n de cl	t tage de co nchise ients	ommissio	ns	



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION O – DÉTENTEUR D'UN PERMIS DE L'OACIQ (PERSONNE PHYSIQUE)								
Vous désirez fa	RE: UNA	AJOUT 🗆 UN RI	ETRAIT	UNE MODIF	ICATION			
Nom du courtier immobilier								
N° de permis OA	CIQ							
ADRESSE PRINCIP	ALE DU DÉTEN	TEUR DE PERMIS IN	ER					
N° d'immeuble/ Case postale			Bur. / Unité					
Municipalité		Province			Code postal			
Téléphone		Courriel						
TYPES D'ENTENTE AVEC CE DÉTENTEUR DE PERMIS IMMOBIL				LIER				
☐ Entente pour la fourniture de services ☐ Hébergement de sites / serveurs Internet ☐ Fourniture de services administratifs ☐ Fourniture de matériel ☐ Fourniture de locaux ☐ Prêt de personnel				□ Entente	de distribution de prêt de partage de co de franchise n de clients tente :	ommissions		



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

Veuillez ajouter une copie de cette page au besoin.

SECTION P - CO		HYP01	ΓHÉCAIRE –	AUTRE	ENTREPRI	SE, NO	OTAMME	NT ENTR	EPRENE	UR EN
Vous désirez faire : ☐ UN AJOUT ☐ UN RETRAIT ☐ UNE MODIFICATION										
Nom de l'entreprise										
N° de client (10 chiffres)					NEQ (10 chif	fres)				
ADRESSE PRINCIP	ALE DE CETT	TE AUTR	E ENTREPRIS	E						
N° d'immeuble/ Case postale			Rue						Bur. / Unité	
Municipalité			Province			Code	postal			
Téléphone					Courriel					
SECTEUR D'ACTIV	ITÉS ÉCONO	MIQUE D	E CETTE AUT	RE ENTRE	PRISE					
Veuillez précisez le secteur d'activités économique de l'entreprise avec qui votre cabinet a un lien dans le cadre de ses activités de courtage hypothécaire régies par la <i>Loi sur la distribution de produits et services financiers</i> , par exemple un entrepreneur en construction, hébergement de données.										
TYPES D'ENTENTE	AVEC CETTI	E AUTRE	ENTREPRISE							
☐ Entente pour la fourniture de services ☐ Hébergement de sites / serveurs Internet ☐ Fourniture de services administratifs ☐ Fourniture de matériel ☐ Fourniture de locaux ☐ Prêt de personnel			et	Entente	de prê de par de frar n de cl	t tage de c nchise ients	ommissio	ns		

Centre d'informationSans frais: 1 877 525-0337
Québec: 418 525-0337
Montréal: 514 395-0337

Page 14 de 17 Site Web : <u>www.lautorite.qc.ca</u>



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

PARTIE 3 – PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE SECTION A - AJOUT D'UN DIRIGEANT OU D'UN ASSOCIÉ RESPONSABLE AU QUÉBEC **PIÈCES JUSTIFICATIVES** Annexe de compte ☐ Annexe – Déclaration relative à l'absence d'un compte séparé (1 document requis) ☐ Annexe – Déclaration relative à l'ouverture d'un compte séparé Déclaration des dirigeants et des ■ Annexe – Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés administrateurs ou associés (1 document requis) Document provenant du cabinet ou de la Document signé par tous les administrateurs ou société autonome associés confirmant la nomination du dirigeant ou de l'associé responsable au Québec, du correspondant, (1 document requis) de l'assistant du correspondant et des signataires autorisés * Sauf pour les cabinets à un seul dirigeant, Résolution du conseil administrateur, correspondant et signataire. Formation et expérience □ Curriculum vitæ (1 document requis) (L'Autorité se réserve le droit de faire passer des examens malgré la reconnaissance de l'expérience.) * Seulement si le nouveau dirigeant responsable n'est pas certifié au Québec. Certification dans une autre province ☐ Lettre expliquant la façon dont il compte gérer ses activités au Québec (1 document requis) (La lettre doit contenir des informations précises quant à la fréquence des visites et des appels * Seulement si le nouveau dirigeant responsable conférence.) demeure à l'extérieur du Québec, s'il n'est pas certifié au Québec et s'il n'a pas d'expérience au Québec dans le domaine des services financiers. mais en possède dans sa province d'origine. Déclaration relative aux dirigeants ■ Annexe – Déclaration relative aux dirigeants responsables en courtage hypothécaire responsables en courtage hypothécaire (1 document requis) * S'il y a lieu

Centre d'information Sans frais : 1 877 525-0337

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337

Page 15 de 17 Site Web : <u>www.lautorite.qc.ca</u>



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

SECTIONS B, C ET D – AJOUT / RETRAIT D'UN CORRESPONDANT, D'UN ASSISTANT DU CORRESPONDANT OU D'UN SIGNATAIRE AUTORISÉ							
	PIÈCES JUSTIFICATIVES						
Document provenant du cabinet ou de la société autonome (1 document requis) * Sauf pour les cabinets à un seul dirigeant, administrateur, correspondant et signataire.	 Document signé par tous les administrateurs ou associés confirmant l'ajout ou le retrait d'un correspondant, d'un assistant du correspondant ou d'un signataire autorisé. Lettre signée par le dirigeant responsable Résolution du conseil 						
SECTION E – AJOUT D'UN ADMINISTRATEUR OU D'UN ASSOCIÉ							
	PIÈCES JUSTIFICATIVES						
Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés (1 document requis)	□ Annexe – Déclaration des dirigeants et des administrateurs ou associés						

PARTIE 4 – DROITS ET FRAIS EXIGIBLES POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1 ^{ER} JANVIER 2024 AU 31 DÉCEMBRE 2024					
Frais d'étude de la demande pour les changements demandés dans les sections A à E	61,00 \$ *				
Frais d'étude de la demande pour les changements demandés dans les sections F à P	0,00 \$				

^{*} Le montant des frais est valable pour l'ensemble des changements demandés dans ces sections.

TOTAL	0,00 \$ OU 61,00 \$
-------	---------------------

PARTIE 5 – DÉCLARATION QUANT AUX RENSEIGNEMENTS FOURNIS							
SIGNATAIRE AUTORISÉ							
Je déclare	Je déclare que les renseignements fournis pour cette demande sont exacts et complets.						
M. \square	Prénom		Nom				
Signature			Date	année mois jour			

Centre d'information Sans frais : 1 877 525-0337 Québec : 418 525-0337

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 DCI_gestion-liens-affaires_Janvier 2024

Page 16 de 17

Site Web: www.lautorite.qc.ca



Cabinet / Société autonome / Représentant autonome

BORDEREAU DE PAIEMENT								
INFORMATION CONCERNANT LE CLIENT								
N° de client (10 chiffres)			NEQ (10 chiffres)					
Nom de l'entreprise								
FRAIS EXIGIBLES (les f	rais ne sont pas rem	boursab	les)					
Montant dû :\$	Si vous payez par carte de crédit, veuillez reporter ce montant à l'endroit indiqué d'un * ci-dessous. Si le montant indiqué est supérieur au montant dû; nous nous réservons le droit de corriger ce montant et de l'ajuster à la baisse.							
MODE DE PAIEMENT								
☐ Chèque ☐ Mandat-poste	Veuillez faire votre p et le dater du jour d				es marchés	financie	rs	
☐ Visa ☐ MasterCard	J'accepte que l'Auto	rité prélèv	ve la somme d	e	\$*			
☐ American Express	N° de la carte :			/				
	Date d'expiration : _	mois 7	année					
	Nom du détenteur de (en lettres majuscu		de crédit					
	Signature du détente	eur de la	carte de crédit		Date :		/ année	

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

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

Faites parvenir votre formulaire, vos pièces justificatives ainsi que votre paiement à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers

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

Centre d'information Sans frais : 1 877 525-0337 Québec : 418 525-0337

Montréal: 514 395-0337

Page 17 de 17 Site Web:<u>www.lautorite.qc.ca</u>