Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

Formulaire d'adhésion au dépôt direct

Identification du fournisseur de service

Nom :	
Adresse :	
Ville (Province) :	Code postal :
N° de téléphone :	N° de télécopieur :

Numéros de TPS et TVQ et NEQ obligatoires (entreprise)	**Numéro d'assurance sociale obligatoire (travailleur autonome)**
Numéro de TPS :	NAS :
Numéro de TVQ :	
Numéro NEQ :	

Modalité de transmission du relevé des paiements

Adresse courriel obligatoire

(Exemple : *nom@fournisseur*.com)

Autorisation du fournisseur

Par la présente, j'autorise le *CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal* à déposer les sommes dues au compte spécifié sur le spécimen de chèque ci-joint.

Date	Nom en lettres moulées	Signature

Identification de l'institution financière

Nom de la caisse ou de la banque :	
Adresse :	
Ville (Province) :	Code postal :
N° d'institution :	N° de transit ou de succursale :
N° de compte de banque ou folio :	

IMPORTANT : Joindre un spécimen de chèque avec la mention « ANNULÉ »

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec

Direct deposit enrollment form

Supplier information

Name :	
Address :	
City (Province) :	Postal code :
Phone number :	Fax number :

PST and QST numbers (mandatory) (business)	**Social insurance number (self-employed)**
GST number :	SIN :
PST number :	

Payment statement transmission mode

Mandatory email address

(Example : *name*@supplier.com)

Supplier authorization

I, hereby, authorize the *CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal* to deposit the amounts due to the account specified on the attached void cheque.

Date	Name (print)	Signature

Bank number

Bank name :	
Address :	
City (Province) :	Postal code :
Bank number :	Branch number :
Bank account number :	

IMPORTANT : Attach a cheque sample marked «VOID»