**Inscription au service de transfert électronique de fonds – FOURNISSEUR**

**Nouvelle demande, changement, annulation**

**IDENTIFICATION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du fournisseur | | | | |
| Adresse | | | | |
| Ville | Province | | Code Postal | |
| Nom du responsable des comptes à recevoir | | Téléphone | | Poste |
| Adresse de courriel générique (obligatoire) | | | | |

**DEMANDE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nouvelle demande  Changement  Annulation | | | | |
| Nom de l’institution bancaire |  | |  | |
| N˚ de la banque |  | N˚ de la succursale | | |
| N˚ de compte |  | |  | |
| Signature |  | |  | Date |

**SOUMETTRE VOTRE DEMANDE**

|  |
| --- |
| Veuillez transmettre la présente dûment rempli ainsi que le spécimen de chèque numérisé par courriel à l’adresse suivante:  [ahc@sae.umontreal.ca](mailto:ahc@sae.umontreal.ca) |

**SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION DES FINANCES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Demande traité par : |  | Date de réception de la demande : |  |
| No. dossier fournisseur : |  | Emplacement CADTEF ajouté le : Par défaut |
| Approbation de l’emplacement CADTEF par les approvisionnements OUI  NON | | |
| Approuvé par : |  | Date de l’approbation : |