**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 |

**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 :  |