

Nom de l'organisation :

Date de la demande :

Établissement de santé

Numéro :

CLSC (Réservé à la CNESST)

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR

Coordonnées du demandeur			
Nom du gestionnaire		Prénom	
Fonction		Adresse courriel	
N° d'immeuble/Rue			Bureau/Étage
Ville		Province	Code postal
Téléphone	Poste	Télécopieur	
Type de demande			
<input type="checkbox"/>	Nouvelle	(Remplir le formulaire)	
<input type="checkbox"/>	Modification	(Remplir seulement les champs à modifier)	
<input type="checkbox"/>	Annulation	(Remplir les cases NOM et PRÉNOM de la section UTILISATEUR)	
<input type="checkbox"/>	Réactivation	(Remplir les cases NOM et PRÉNOM de la section UTILISATEUR et de la section SIGNATURE)	
Code d'identité (sauf pour une nouvelle demande)			
Coordonnées de l'utilisateur			
Nom		Prénom	
Fonction		Adresse courriel	
N° d'immeuble/Rue			Bureau/Étage
Ville		Province	Code postal
Téléphone	Poste	Télécopieur	
Code secret composé de trois chiffres (obligatoire) Veuillez transmettre ce code à l'utilisateur pour authentification ultérieure.			
Signature			
Nom du gestionnaire (en caractères d'imprimerie)		Signature du gestionnaire	Date

Veuillez retourner la demande par télécopieur au 1 866 934-3067.