

À L'USAGE DE LA CNESST

N° de référence	Formulaire transmis le
-----------------	------------------------

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR

Nom du fournisseur		
Numéro du fournisseur	Numéro de téléphone	Date

SÉLECTION DES MODIFICATIONS DÉSIRÉES

Veillez sélectionner les modifications désirées

- Annuler mon statut de fournisseur
- Modifier des renseignements à propos de la répondante ou du répondant administratif
- Autre

Nom de famille	Prénom	Fonction	
Téléphone	Poste	Télécopieur	Poste
Courriel			

Mode de paiement

Pour vous inscrire ou modifier votre inscription au dépôt direct, vous devez remplir et transmettre le formulaire *Dépôt direct – Fournisseurs et partenaires inscrits à la CNESST* disponible au cnesst.gouv.qc.ca.

- Annuler l'inscription au dépôt direct pour passer au paiement par chèque

SÉLECTION DES MODIFICATIONS DÉSIRÉES

Ancienne adresse

Numéro	rue	app.	bureau	étage	porte
Ville, village ou municipalité		Province		Code postal	
<input type="checkbox"/> Pour modifier des coordonnées à votre offre de services, remplissez l'Annexe 1 Coordonnées de l'adresse principale à laquelle les biens et services sont offerts Coordonnées d'une autre adresse où sont offerts les biens et services (autre que l'adresse principale)			<input type="checkbox"/> Pour modifier votre offre de biens et services actuelle, remplissez l'Annexe 2 Ajout de personnes professionnelles ou intervenants de la santé Ajout de biens ou services		

**RETIRER DES PERSONNES PROFESSIONNELLES OU INTERVENANTS DE LA SANTÉ À L'OFFRE DE BIENS ET SERVICES.
À REMPLIR S'IL Y A LIEU.**

Intervenant 1

Nom de famille	Prénom	Fonction
----------------	--------	----------

Spécialité

Intervenant 1

Nom de famille	Prénom	Fonction
----------------	--------	----------

Spécialité

RETIRER DES BIENS ET SERVICES. À REMPLIR S'IL Y A LIEU.

Clientèle

CNESST CNESST et IVAC IVAC

Spécialité

<input type="checkbox"/> Autres changements	Précisez
---	----------

Annexes aux pages suivantes



REPLIR CETTE ANNEXE SEULEMENT SI VOUS DÉSIREZ APPORTER DES MODIFICATIONS

N° du fournisseur	Nom du fournisseur
-------------------	--------------------

MODIFICATIONS À L'ADRESSE PRINCIPALE À LAQUELLE LES BIENS ET SERVICES SONT OFFERTS (NOUVELLE ADRESSE)

Numéro	rue	app.	bureau	étage	porte
Ville, village ou municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Poste	Télécopieur		Poste
Courriel					
<p>Cet endroit est-il accessible aux personnes à mobilité réduite (ex. : rampes, ascenseur)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez</p>					

AUTRES ADRESSES AUXQUELLES LES BIENS ET SERVICES SONT OFFERTS

Nature du changement

Ajout d'une adresse Retrait d'une adresse

Numéro	rue	app.	bureau	étage	porte
Ville, village ou municipalité		Province		Code postal	
Téléphone		Poste	Télécopieur		Poste
Courriel					
<p>Cet endroit est-il accessible aux personnes à mobilité réduite (ex. : rampes, ascenseur)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Détaillez</p>					



REPLIR CETTE ANNEXE SEULEMENT SI VOUS DÉSIREZ APPORTER DES MODIFICATIONS

N° du fournisseur	Nom du fournisseur
-------------------	--------------------

AJOUTER

- Une personne professionnelle ou un intervenant de la santé pour un service que vous offrez déjà
- Une nouvelle spécialité de bien ou service

Quelle est la clientèle à qui vous désirez offrir ces biens et services?

- CNESST CNESST et IVAC IVAC

Nom de la spécialité	Nom de la sous-spécialité (si applicable)
Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu	Numéro de permis s'il y a lieu

Précisez la ou les langues dans lesquelles la personne offrira des services, autres que le français :

DÉCLARATION À REMPLIR SI VOUS DÉSIREZ OFFRIR DES BIENS OU SERVICES À LA CLIENTÈLE DE LA CNESST

Est-ce que cette personne a été déclarée coupable d'une infraction à la LATMP liée aux aptitudes requises et au comportement approprié d'un fournisseur de biens ou services au cours des cinq dernières années? Oui Non

Est-ce que cette personne a des antécédents judiciaires ou des limitations d'exercice liés aux aptitudes requises et au comportement approprié d'un fournisseur de biens ou services? Oui Non

AJOUTER

- Une personne professionnelle ou un intervenant de la santé pour un service que vous offrez déjà
- Une nouvelle spécialité de bien ou service

Quelle est la clientèle à qui vous désirez offrir ces biens et services?

- CNESST CNESST et IVAC IVAC

Nom de la spécialité	Nom de la sous-spécialité (si applicable)
Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu	Numéro de permis s'il y a lieu

Précisez la ou les langues dans lesquelles la personne offrira des services, autres que le français :

DÉCLARATION À REMPLIR SI VOUS DÉSIREZ OFFRIR DES BIENS OU SERVICES À LA CLIENTÈLE DE LA CNESST

Est-ce que cette personne a été déclarée coupable d'une infraction à la LATMP liée aux aptitudes requises et au comportement approprié d'un fournisseur de biens ou services au cours des cinq dernières années? Oui Non

Est-ce que cette personne a des antécédents judiciaires ou des limitations d'exercice liés aux aptitudes requises et au comportement approprié d'un fournisseur de biens ou services? Oui Non

LISTE DES DOCUMENTS SOUMIS

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Au besoin, nous vous contacterons pour de plus amples informations.

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

Questions ou commentaires

Téléphone : 1 844 838-0808