

À l'usage de la CNESST

No de référence

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formulaire transmis le

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

1. Renseignements sur le fournisseur
TYPE DE FOURNISSEUR – ENTREPRISE OU PROFESSIONNEL ET INTERVENANT DE LA SANTÉ

À quelle clientèle voulez-vous offrir des biens et services ?

À quel titre faites-vous votre demande de fournisseur ?

ENTREPRISE

Nom légal

Raison sociale

Employez-vous du personnel ?

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)

PROFESSIONNEL(LE) ET INTERVENANT(E) DE LA SANTÉ

Titre de civilité

Nom de famille

Prénom

Profession

Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu

Numéro de permis, s'il y a lieu

 Avez-vous reçu un verdict de culpabilité pour une infraction à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) liée aux aptitudes requises et au comportement approprié d'un fournisseur de biens ou de services au cours des cinq dernières années ?

Oui

Non

Avez-vous des antécédents judiciaires ou des limitations d'exercice liés aux aptitudes requises et au comportement approprié d'un fournisseur de biens ou de services ?

Oui

Non

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) s'il y a lieu

Désirez-vous également offrir des services dans une autre langue que le français ?

Oui

Non

Précisez-la ou les langues dans lesquelles vous désirez offrir des services.

Anglais

Autres, Détaillez :

CONDITIONS D'AUTORISATION POUR LES ENTREPRISES

Votre entreprise est-elle conforme à ses obligations légales à l'égard de la CNESST ?

Oui

Non

Votre entreprise est-elle inscrite au Registre des entreprises non admissibles aux contrats publics (RENA) constitué en vertu de la Loi sur les contrats des organismes publics ?

Oui

Non

2. Répondante administrative ou répondant administratif et adresses

RÉPONDANTE OU RÉPONDANT		
Nom de famille	Prénom	Fonction
Téléphone / Poste	Télécopieur	
Courriel		
ADRESSE PRINCIPALE À LAQUELLE LES BIENS ET SERVICES SONT OFFERTS		
Numéro, rue, app. / bur. / étage / suite		
Est-ce que ce lieu est accessible aux personnes à mobilité réduite? Oui Non		
Détaillez :		
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone / Poste	Télécopieur	
L'adresse de facturation est-elle la même? Oui Non		
ADRESSE DE FACTURATION		
Numéro, rue, app. / bur. / étage / suite		
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AUTRES ADRESSES AUXQUELLES LES BIENS ET SERVICES SONT OFFERTS		
Numéro, rue, app. / bur. / étage / suite		
Est-ce que ce lieu est accessible aux personnes à mobilité réduite? Oui Non		
Détaillez :		
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone / Poste	Télécopieur	
Courriel		

Numéro, rue, app. / bur. / étage / suite		
Est-ce que ce lieu est accessible aux personnes à mobilité réduite? Oui Non		
Détaillez :		
Ville, village ou municipalité	Province	Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone / Poste	Télécopieur	
Courriel		

3 – Spécialités du fournisseur

BIENS ET SERVICES OFFERTS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (CNESST)

LISTE DES SPÉCIALITÉS POUR LESQUELLES VOUS DEMANDEZ UNE AUTORISATION

Nom de la spécialité

LISTE DES PROFESSIONNELS OU DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ OFFRANT DES BIENS ET SERVICES

Nom de famille	Prénom	Fonction
Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu		Numéro de permis, s'il y a lieu
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 de 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 de services?		Oui Non
Est-ce que cette personne offrira également des services dans une autre langue que le français? Précisez-la ou les langues. Anglais Autres, Détaillez :		

Nom de famille	Prénom	Fonction
Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu		Numéro de permis, s'il y a lieu
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 de 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 de services?		Oui Non
Est-ce que cette personne offrira également des services dans une autre langue que le français? Précisez-la ou les langues. Anglais Autres, Détaillez :		

Nom de la spécialité		
Nom de la sous-spécialité		
LISTE DES PROFESSIONNELS OU DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ OFFRANT DES BIENS ET SERVICES		
Nom de famille	Prénom	Fonction
Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu		Numéro de permis, s'il y a lieu
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 de 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 de services?		Oui Non
Est-ce que cette personne offrira également des services dans une autre langue que le français? Précisez-la ou les langues. Anglais Autres, Détaillez :		

**BIENS ET SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES CONCERNÉES PAR LA
LOI VISANT À AIDER LES PERSONNES VICTIMES D'INFRACTIONS CRIMINELLES (IVAC)**

SPÉCIFIEZ LES SPÉCIALITÉS POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ VOUS INSCRIRE.

Nom de la spécialité

Nom de la sous-spécialité

LISTE DES PROFESSIONNELS OU DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ OFFRANT DES BIENS ET SERVICES

Nom de famille

Prénom

Fonction

Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu

Numéro de permis, s'il y a lieu

Est-ce que cette personne offrira également des services dans une autre langue que le français? Précisez-la ou les langues.

Anglais Autres, Détaillez :

Nom de famille

Prénom

Fonction

Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu

Numéro de permis, s'il y a lieu

Est-ce que cette personne offrira également des services dans une autre langue que le français? Précisez -la ou les langues.

Anglais Autres, Détaillez :

Nom de la spécialité

Nom de la sous-spécialité

LISTE DES PROFESSIONNELS OU DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ OFFRANT DES BIENS ET SERVICES

Nom de famille

Prénom

Fonction

Nom de l'ordre ou de l'association professionnelle, s'il y a lieu

Numéro de permis, s'il y a lieu

Est-ce que cette personne offrira également des services dans une autre langue que le français? Précisez -la ou les langues.

Anglais Autres, Détaillez :

LISTE DES DOCUMENTS

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

Nom du fichier transmis

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

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

Questions ou commentaires

Téléphone: 1 844 838-0808