

Important	Ce formulaire permet à une personne, ayant les droits d'accès, de demander les données financières relatives aux lésions d'un employeur ou d'un groupe d'employeurs pour chacune des sept années qui précèdent l'année en cours.
------------------	--

1. Renseignements sur l'identité du demandeur

Prénom et nom de la personne	
Nom de son employeur	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur

2. Employeur ou groupe d'employeurs visé par la demande de transmission

ou	Nom de l'employeur	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nom du groupe d'employeurs	N° du groupe d'employeurs
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Nom du destinataire et adresse où les données financières devront être transmises

Prénom et nom de la personne			
Fonction		Téléphone	Poste
Adresse (Numéro et rue)			
Ville, village ou municipalité		Province	Code postal

4. Mode de transmission

Version papier	Version électronique
----------------	----------------------

5. Signature du demandeur

Prénom et nom du signataire en lettres moulées	Fonction	Téléphone	Poste
Signature		Date	

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Transmettre ce formulaire au bureau de la CNESST à l'adresse suivante :
Service à la grande entreprise et aux mutuelles de prévention
 524, rue Bourdages, bureau 350, case postale 1200, succ. Terminus
 Québec (Québec) G1K 7E2
 418 266-4654
 1 800 848-4219
 Télécopieur : 418 266-4653 ou sans frais 1 833 798-0669