

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE MODIFICATION DU BUREAU D'APPLICATION (BA) PRINCIPAL DE TERAVIEW^{MD}
(pour les Titulaires du compte existants seulement)**

Votre demande doit être acceptée par Teranet Inc. et les membres de son groupe (« Teranet »). N.B. : Teranet utilisera les renseignements qu'elle aura tirés du présent formulaire et de l'utilisation des Services autorisés qui en résultera aux fins de l'administration des systèmes, des produits et des services et de l'accès à ceux-ci. Pour obtenir des renseignements sur la collecte et l'utilisation de ces renseignements, veuillez communiquer avec Teranet, au 1 800 208-5263 ou au 416 360-1190.

N.B. : Le BA principal par défaut et les BA supplémentaires relativement aux Comptes peuvent être modifiés au plus tard le 24 septembre de chaque année, les modifications prenant effet à la date du renouvellement annuel. L'ajout de BA principaux supplémentaires et la modification du BA principal par défaut prennent effet dans les cinq (5) jours ouvrables suivant la réception du Formulaire de demande de modification signé dans la situation qui est décrite ci-après.

- **Votre entreprise déménagement dans un autre territoire pendant la durée de l'abonnement.**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU COMPTE – Veuillez remplir la présente partie

Nom du Compte (pour les Comptes existants seulement)

Numéro de Compte (pour les Comptes existants seulement)

Nom complet du Titulaire du compte (entreprise/cabinet/organisme/particulier)

Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone (y compris l'indicatif régional)

Télécopieur (y compris l'indicatif régional)

Adresse de courrier électronique du représentant autorisé du Titulaire du compte (requis aux fins du traitement du formulaire)

2. MODIFICATION OU SUPPRESSION DES BUREAUX D'APPLICATION PRINCIPAUX

Auparavant :

Remplacé par :

Modification du bureau d'application (BA) PRINCIPAL par défaut :

Suppression des BA PRINCIPAUX supplémentaires suivants :

3. ATTESTATION DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU TITULAIRE DU COMPTE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

PRÉNOM

DEUXIÈME PRÉNOM OU INITIALE

NOM DE FAMILLE

En apposant sa signature ci-après, le représentant autorisé du Titulaire du compte atteste (i) qu'il a vérifié l'exactitude des renseignements qu'il a fournis, (ii) qu'il convient des modalités des Services autorisés qui font l'objet de sa demande et qui figurent au www.teraview.ca, (iii) que les Services autorisés doivent être utilisés conformément aux lois et aux règlements qui s'y appliquent et (iv) qu'il a le pouvoir de lier le Titulaire du compte. J'autorise Teranet à débiter mon Compte de dépôt Teraview du montant des frais de traitement. Veuillez signer le présent formulaire et l'envoyer à Teranet à des fins d'examen et d'acceptation.

X

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU TITULAIRE DU COMPTE

DATE (JJ/MM/AAAA)

VEUILLEZ ENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET LES PIÈCES JOINTES À TERANET INC. PAR TÉLÉCOPIEUR, AU 416 360-6069, OU PAR LA POSTE. TERANET INC. EST SITUÉE AU 123, FRONT STREET WEST, BUREAU 700, TORONTO (ONTARIO) M5J 2M2. VEUILLEZ NE PAS ENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE.

VOUS POUVEZ AUSSI COMMUNIQUER AVEC TERANET INC. PAR TÉLÉPHONE, AU 416 360-5263, OU SUR SON SITE WEB, AU WWW.TERANET.CA.