

FORMULAIRE À L'INTENTION DES DEMANDEURS QUI NE FOURNISSENT PAS DE CHÈQUE ANNULÉ

L'utilisation de Teraview est assujettie à certaines modalités. 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.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU COMPTE

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)	DATE (JJ/MM/AAAA)	
RUE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)	POSTE	TÉLÉCOPIEUR (Y COMPRIS L'INDICATIF RÉGIONAL)
ADRESSE DE COURRIER ÉLECTRONIQUE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU TITULAIRE DU COMPTE		

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE (« INSTITUTION DE TRAITEMENT »)

Votre banque doit dater le présent formulaire et y apposer son sceau et sa signature seulement si vous ne fournissez pas de chèque annulé.

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE		
NUMÉRO DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE	NUMÉRO DE DOMICILIATION	NUMÉRO DE COMPTE BANCAIRE
ADRESSE DE LA SUCCURSALE (RUE)	VILLE	Apposez le sceau de la banque ici
PROVINCE	CODE POSTAL	
TITRE DU REPRÉSENTANT DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE		
NOM DU REPRÉSENTANT DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE	X SIGNATURE	DATE (JJ/MM/AAAA)

3. SIGNATAIRES AUTORISÉS DU COMPTE BANCAIRE (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

NOM	X SIGNATURE
NOM	X SIGNATURE

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

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, (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. Veuillez signer le présent formulaire ainsi que les formulaires connexes, y compris votre Demande de licence de sécurité personnelle, et les envoyer à Teranet à des fins d'examen et d'acceptation.

PRÉNOM	SECOND PRÉNOM OU INITIALE	NOM DE FAMILLE
X SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU TITULAIRE DU COMPTE (J'AI LE POUVOIR DE LIER LE TITULAIRE DU COMPTE)		DATE (JJ/MM/AAAA)

VEUILLEZ ENVOYER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET LES PIÈCES JOINTES À TERANET INC. PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE, AU ADMIN@TERAVIEW.CA, OU PAR LA POSTE. TERANET INC. EST SITUÉE AU 123, FRONT STREET WEST, BUREAU 700, TORONTO (ONTARIO) M5J 2M2.

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