|  |
| --- |
|  **1. À REMPLIR PAR L’INSTANCE RÉGIONALE** |
| **Identification de l'organisation subventionnée** |
| **no d’organisation** | **NEQ** | **Création** | **Modification** | **Fusion** |
|  |  | ***[x]***  | ***[ ]***  | ***[ ]***  |
| **Nom de l'organisation** |
|  |
| **Si fusion, inscrire le nom et le numéro d’organisation à fusionner** | **no d’organisation** | **NEQ** |
|  |  |  |
| **Région** |
| **06-Montréal** |
| **Adresse** |
|  |
| **Ville** | **Province** | **Code postal** |
| **Montréal** | **Québec** |  |
| **Commentaires de l’instance régionale** |
|       |
| **Adhésion au dépôt direct** | **Nouvelle demande** | **Modification** | **Conserver****compte bancaire actuel** |
| **(Nouvelle demande ou modification, faire remplir la section 2)** | **[x]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Nom du responsable à l’instance régionale** | **Date** | **Ind. Rég.** | **No de téléphone** |
| **Marie-Claude BELZIL (Projet Santé Publique)** |  | **514** | **528 2400 poste 3937** |

|  |
| --- |
|  **2.** **À REMPLIR PAR L’INSTITUTION FINANCIÈRE (en lettres moulées)** |
| **formulaire d’inscription ou de modification au dépôt direct et à l’avis de paiement****\*veuillez noter que le spécimen de chèque est requis\***  |
| **Nom de l'institution** |
|  |
| **Adresse de la succursale** |
|  |
| **Ville** | **Province** | **Code postal** |
|       |       |             |
| **No de l’institution** | **No de la succursale** | **No de compte** |
|  |  |  |
| **Nous certifions que le détenteur dont le nom apparaît sur ce formulaire est le titulaire du compte dont le numéro figure dans cette section.** |
| **Signature du responsable** |  | **Date** |

 **3.** **À REMPLIR PAR L’ORGANISATION SUBVENTIONNÉE**

|  |
| --- |
| **adhésion à l’avis de paiement électronique** |
| **Nom du destinataire** | **Courriel** |
|       |       |
| **Copie conforme** | **Courriel** |
|  |  |
| **Copie conforme** | **Courriel** |
|  |  |
| **Copie conforme** | **Courriel** |
|  |  |

 **4. À REMPLIR PAR L’ORGANISATION SUBVENTIONNÉE**

|  |
| --- |
| **autorisation de l’organisation subventionnée** |
| **Je soussigné(e), étant dûment habilité(e) à cette fin, autorise le gouvernement du Québec à déposer les sommes que celui-ci peut avoir à verser, de temps à autre, à titre de subventions ou à quelqu’autre titre entendu à l’occasion entre les parties dans le compte susmentionné.** |
| **Signature du responsable** |  | **Date** |

**5. À REMPLIR PAR LE MSSS**

|  |
| --- |
| **Inscription SBF et SAGIR** |
| **Création** | **Modification** | **Fusion** |
| [ ]  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **No SBF-R/Organisation subventionnée** | **SAGIR** |
|       |       |
| **Accepté** | **Refusé** |
| **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Nom du répondant(e) au SOB** | **Date** |
|  |  |
| **Commentaires du service des opérations budgétaires** |
|       |

L'instance régionale doit transmettre le ***« Formulaire de création ou de modification d’une organisation subventionnée au SBF et à SAGIR »*** en y joignant **le spécimen de chèque numérisé,** s’il y a lieu, par courriel à l'adresse suivante : operationsbudgetaires@msss.gouv.qc.ca ou par télécopieur **au 418 266-5995**.

**Il incombe à l'organisation subventionnée de faire connaître à l’instance régionale toute modification à apporter aux informations fournies pour faciliter le suivi de votre dossier au MSSS.**

***Service des opérations budgétaires/2015-0***