|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. À REMPLIR PAR L’INSTANCE RÉGIONALE** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identification de l'organisation subventionnée** | | | | | | | | | | | | | | |
| **no d’organisation** | **NEQ** | **Création** | | | **Modification** | | | | | | | **Fusion** | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | |  | | |
| **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)** | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| **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](mailto: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***