Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

ADHÉSION / CHANGEMENT AU DÉPÔT DIRECT

Lors d'un changement, veuillez compléter la section suivante et retourner par la poste ou par courriel :

Gestion et relations contractuelles des RNI
500, boul. des Laurentides, suite 241
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2

Adresses courriel (choisir selon la clientèle) :

JEUNESSE-grc-rni.cissslau@ssss.gouv.qc.ca
DI-TSA-DP-grc-rni.cissslau@ssss.gouv.qc.ca
SAPA-grc-rni.cissslau@ssss.gouv.qc.ca
SANTEM-grc-rni.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Nom de l'entreprise (RI) _____

Nom, prénom _____
(écrire en lettres majuscules)

Date de naissance _____
Jour / Mois / Année

Nom, prénom _____
(écrire en lettres majuscules)

Date de naissance _____
Jour / Mois / Année

Institution financière : _____

Nº compte : _____

JOINDRE UN CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » OU UN AVIS DE DÉPÔT DIRECT DE VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE.

SI VOUS CHANGEZ DE COMPTE OU D'INSTITUTION FINANCIÈRE, VEUILLEZ COMPLÉTER UN NOUVEAU FORMULAIRE ET NOUS AVISER SANS DÉLAI.

Date effective du changement : _____

Par la présente, j'autorise le CISSS des Laurentides à effectuer des dépôts au compte bancaire indiqué ci-dessus et identifié par le spécimen ou avis de dépôt ci-joint.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

SIGNATURE : _____ DATE : _____