**(Vous devez enregistrer le formulaire sur votre poste de travail pour le remplir électroniquement.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **A. Désignation de l’entreprise ou de l’organisme qui requiert la vérification**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom légal de l’entreprise ou de l’organisme : |       |
| Numéro d’entreprise du Québec(1) : |       |
| Adresse : |       |
|  |       |
| Ville : |       | Province : |       | Code postal : |       |
| Pays : |       | Téléphone : |       | Poste : |       | Télécopieur : |       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Dossier de certification existant au BNQ? Numéro de dossier : |       |

 |  |
|  |  |

 |
|  **B. Personne responsable de la signature du contrat de service du BNQ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : [ ]  M. [ ]  Mme |       | Courriel : |       |
| Entreprise ou organisme : |       |
| Même adresse que *A* [ ]  ou : |       |
| Ville : |       | Province : |       | Code postal : |       |
| Pays : |       | Téléphone : |       | Poste : |       | Télécopieur : |       |
|  |  |  |  |

 |
|  **C. Personne responsable du paiement des factures**

|  |
| --- |
| Langue de correspondance : Français [ ]  Anglais [ ]  |
| Nom : [ ]  M. [ ]  Mme |       | Courriel : |       |
| Entreprise ou organisme : |       |
| Même adresse que *A* [ ]  ou *B* [ ]  ou : |       |
| Ville : |       | Province : |       | Code postal : |       |
| Pays : |       | Téléphone : |       | Poste : |       | Télécopieur : |       |
|  |  |  |  |

 |
|  **D. Personne-ressource concernant la demande de vérification**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : [ ]  M. [ ]  Mme |       | Courriel : |       |
| Entreprise ou organisme : |       |
| Même adresse que *A* [ ]  ou *B* [ ]  ou *C* [ ]  ou : |       |
| Ville : |       | Province : |       | Code postal : |       |
| Pays : |       | Téléphone : |       | Poste : |       | Télécopieur : |       |
|  |  |  |  |

 |

*(1) Comme il est inscrit auprès du Registraire des entreprises du Québec (REQ) pour les entreprises au Québec.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **E. Liste des modèles d’ambulances électriques du fabricant**  Au besoin, vous pouvez utiliser des feuilles supplémentaires.

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |
|  |  |  |  |

 |
|  **F. Modalités de paiement**

|  |
| --- |
| Un montant de **2 770 $**, non remboursable, plus taxes, si applicables, exigé pour couvrir l’ouverture du dossier de vérification, payable à la signature de la présente demande.❒ Chèque ou mandat-poste (payable à l’ordre du Bureau de normalisation du Québec)❒ Visa ❒ MastercardN° de la carte :       Date d’expiration :   /  Nom du détenteur :      Signature du détenteur :       |
|  |  |  |  |

 |
|  **G. Documents exigés lors de la demande de vérification**

|  |
| --- |
| Je joins à cette demande la totalité des documents (éléments de preuve) exigés à cette demande de vérification, comme il est présenté au tableau du chapitre 7 du *Guide du demandeur* selon la spécification technique BNQ-SPEC 1013-200. Oui [ ]  Non [ ] (Il est entendu que le BNQ traitera ces renseignements de façon confidentielle.) |
|  |  |  |  |

 |

Ayant pris connaissance des exigences applicables à la Spécification technique BNQ-SPEC 1013-200 visée par cette demande de vérification :

* le client reconnait avoir pris connaissance de la Spécification technique BNQ-SPEC 1013-200 et s’engage à respecter les conditions du *Guide du demandeur*;
* le client accepte de se conformer à ces exigences et de fournir au BNQ ou à ses représentants tout renseignement exigé pour la vérification.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |      |  |    |  |    |
| **Nom du demandeur** *(en capitales*) |  année mois jour |
|  |  |
|  |
| **Signature du demandeur** |  |

Merci de retourner ce formulaire dûment complété à l'adresse ou courriel mentionnés ci-dessous et n'hésitez pas à nous contacter pour toute information complémentaire.

|  |  |
| --- | --- |
| Bureau de normalisation du QuébecDirection CPPS 333, rue FranquetQuébec (Québec) G1P 4C7 CANADACourriel : secretariat.certification@bnq.qc.ca | Section réservée au BNQ : Le présent formulaire a été revu par le responsablede programme :      Date :  |