**(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 ❒ Mastercard  N° 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 Québec  Direction CPPS  333, rue Franquet  Québec (Québec) G1P 4C7 CANADA  Courriel : secretariat.certification@bnq.qc.ca | Section réservée au BNQ :Le présent formulaire a été revu par le responsable de programme : Date : |