



Chambre de la
Sécurité
Financière

FORMULAIRE POUR L'OBTECTION D'UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE EN ASSURANCE COLLECTIVE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE DU DOMICILE : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉL BUREAU : (____) ____ - ____ TÉL RÉSIDENCE : (____) ____ - ____

COURRIEL: _____

NUMÉRO DE CERTIFICAT : _____ seulement si vous détenez un certificat auprès de l'AMF

PREUVE À FOURNIR

(joindre une copie du relevé de notes officiel)

COURS	ANNÉE DE RÉUSSITE DU COURS
Principes fondamentaux des régimes d'assurance collective	_____
Application des régimes d'assurance collective	_____
Facteurs économiques pertinents au système de soins de santé	_____

Par la présente, je confirme que tous les renseignements fournis sont véridiques.

Signature : _____ Date : _____

PRIX SANS TAXES	T.P.S. (5%)	T.V.Q. (9,5%)	PRIX AVEC TAXES
57,00 \$	2,85 \$	5,69 \$	65,54 \$

Mode de paiement (à l'ordre de la Chambre de la sécurité financière) :

Chèque ci-joint

Visa

Master Card

No de Carte : ____ / ____ / ____ / ____

Date d'expiration : ____ / ____

Signature : _____

TPS : 875755423 / TVQ : 1022122980

Faire parvenir à :

M^{me} Anne-Marie Blais, coordonnatrice – dossiers formation des membres
Chambre de la sécurité financière
300, rue Léo-Pariseau, 26^e étage
Montréal (Québec) H2X 4B8

Téléphone : 514 282-5777 ou 1 800 361 9989

Télécopie : 514 282 3418

**VEUILLEZ NOTER QUE LE DÉLAI D'ATTENTE
POUR RECEVOIR L'ATTESTATION EST D'ENVIRON 1 MOIS.**