



IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Numéro d'adhérent

Nom

Numéro

Rue

Bur.

Boite postale

Ville

Prov.

Code postal

DÉSIGNATION DE FONDÉS DE POUVOIR

A) IDENTIFICATION DU OU DES SIGNATAIRES (cochez la case qui convient) :

- ☐ Chaque personne désignée ci-dessous peut agir seule en notre nom.
- ☐ Deux des personnes désignées ci-dessous doivent en tout temps agir conjointement.
- ☐ Toutes les personnes désignées ci-dessous doivent en tout temps agir conjointement.
- ☐ Autres instructions :

Nous désignons la ou les personnes dont le nom figure ci-dessous comme représentants autorisés à agir en notre nom pour tout ce qui concerne le système d'inscription en compte géré par Épargne Placements Québec, y compris, sans en limiter l'étendue, l'adhésion, les achats, les ventes, les transferts, les demandes de remboursement et, le cas échéant, la production et la modification éventuelle des coordonnées bancaires de l'adhérent.

Nous comprenons que la présente désignation sera considérée comme valable jusqu'à la date de réception, par Épargne Placements Québec, d'une nouvelle désignation, conformément à l'article 26 du Règlement sur les produits d'épargne.

Nous attestons avoir lu et compris la Politique de protection des renseignements personnels, disponible au epq.gouv.qc.ca, et nous consentons à la collecte, à l'usage et à la divulgation de nos renseignements personnels par Épargne Placements Québec, conformément aux dispositions de cette politique.

B) IDENTIFICATION DU OU DES FONDÉS DE POUVOIR

☐ Mme ☐ M.

Nom

Prénom

Date de naissance
(AAAA-MM-JJ)

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

Poste

Nom de votre mère à la naissance

Courrier électronique

Fonction

X

Signature

☐ Mme ☐ M.

Nom

Prénom

Date de naissance
(AAAAMM-JJ)

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

Poste

Nom de votre mère à la naissance

Courrier électronique

Fonction

X

Signature

☐ Mme ☐ M.

Nom

Prénom

Date de naissance
(AAAA-MM-JJ)

Téléphone (domicile)

Téléphone (travail)

Poste

Nom de votre mère à la naissance

Courrier électronique

Fonction

X

Signature

Numéro d'adhérent

C) SIGNATURE DES ASSOCIÉS (tous les associés doivent remplir et signer ce document)

Nom	Prénom	Fonction
X Signature		Date (AAAA-MM-JJ)
Nom	Prénom	Fonction
X Signature		Date (AAAA-MM-JJ)
Nom	Prénom	Fonction
X Signature		Date (AAAA-MM-JJ)

ESPACE RÉSERVÉ À L'AGENT VENDEUR

(Institution - Succursale) Numéro agent vendeur	Nom de l'agent vendeur	Date (AAAA-MM-JJ)
--	---	--