

Nom de l'organisation :

Date de la demande  
(AAAA-MM-JJ) :

- Clinique physiothérapie-ergothérapie  
 Établissement de santé  
 CLSC (Réservé à la CSST)

Numéro :  
Numéro :

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR

### Coordonnées du demandeur

Nom du gestionnaire

Prénom

Fonction

N° d'immeuble/Rue

Bureau/Étage

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Poste

Télécopieur

Adresse courriel

@

### Type de demande

- Nouvelle (Remplir le formulaire)  
 Modification (Remplir seulement les champs à modifier)  
 Annulation (Remplir les cases NOM et PRÉNOM de la section UTILISATEUR)  
 Réactivation (Remplir les cases NOM et PRÉNOM de la section UTILISATEUR et de la section STATUT DE L'ACCÈS)

### Code d'identité (sauf pour une nouvelle demande)

### Coordonnées de l'utilisateur

Nom

Prénom

N° d'immeuble/Rue

Bureau/Étage

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Poste

Télécopieur

Adresse courriel

@

Numéro d'assurance sociale (Trois derniers chiffres)

Fonction

### Statut de l'accès

- Permanent  Temporaire Si temporaire, date de fin d'autorisation d'accès : AAAA-MM-JJ

Nom du gestionnaire  
(en caractères d'imprimerie)

Signature du gestionnaire

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom de l'utilisateur  
(en caractères d'imprimerie)

Signature de l'utilisateur

Date (AAAA-MM-JJ)