

DEMANDEUR

Nom de l'entreprise	Numéro du compte maître	Date de la demande
		J J M M A A A A

SECTION I
DÉTENTEURS DE CARTE À RETIRER

Nom	Prénom	Numéro de la carte
Nom	Prénom	Numéro de la carte

DÉTENTEURS DE CARTE À AJOUTER*

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom	Date de naissance	Fonction dans l'entreprise
			J J M M A A A A	
Adresse résidentielle		Ville	Province	Code postal
No d'assurance sociale (optionnel)		Limite de crédit demandée		
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom	Date de naissance	Fonction dans l'entreprise
			J J M M A A A A	
Adresse résidentielle		Ville	Province	Code postal
No d'assurance sociale (optionnel)		Limite de crédit demandée		

* Une nouvelle carte de crédit sera émise selon les informations fournies dans cette section (sous réserve de l'approbation du crédit).

SECTION II

En remplissant la section suivante, l'entreprise donne un droit de gestion au compte de carte *Affaires* (aucune carte ne sera envoyée).

GESTIONNAIRES DE COMPTE À RETIRER

Nom	Prénom	Numéro du compte maître
Nom	Prénom	Numéro du compte maître

GESTIONNAIRES DE COMPTE À AJOUTER

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom	Date de naissance
			J J M M A A A A
Fonction dans l'entreprise	Adresse courriel		No d'assurance sociale (optionnel)
Adresse du résidentielle	Ville	Province	Code postal
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom	Date de naissance
			J J M M A A A A
Fonction dans l'entreprise	Adresse courriel		No d'assurance sociale (optionnel)
Adresse du résidentielle	Ville	Province	Code postal

SECTION III
CONFIRMATION POUR LES ENVOIS POSTAUX (AUX SOINS DE)

Aux soins de : Nom : _____ Prénom : _____			
Un changement d'adresse de l'entreprise est-il requis ? Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
* Veuillez indiquer la nouvelle adresse.			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Adresse courriel de l'entreprise		Téléphone	

Nom _____ Signature du responsable _____ Date _____

Important : Les personnes morales (sociétés ou compagnies incorporées) et les organismes à but non lucratif (OBNL) doivent joindre une résolution du conseil.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au 514-397-9852 ou 1-866-720-4210

Personne morale (nom légal complet de l'entreprise) : _____
Nom de la personne morale (ci-après appelée « la personne morale »)

Texte ou extrait de la résolution

Il est résolu :

1. que la personne morale délègue aux personnes identifiées ci-après le pouvoir de contracter en vue de demander l'émission de cartes de crédit Desjardins (« les Cartes »), incluant leur renouvellement à l'échéance et leur remplacement si nécessaire, et ce, avec la ou les limites de crédit octroyées par la Fédération des caisses Desjardins du Québec (« la Fédération »);
2. que la personne morale soit débitrice envers la Fédération des sommes avancées et de toutes autres dettes liées à l'utilisation des Cartes et de tout produit qui s'y rattache, incluant les sommes pouvant excéder la ou les limites de crédit applicables ainsi que des intérêts et des frais applicables;
3. que la personne morale s'engage à ce que les Cartes soient utilisées selon les modalités du contrat de crédit variable de la Fédération et soit responsable de toutes dettes et obligations découlant du non-respect de ces modalités;
4. que les personnes identifiées ci-après soient autorisées à signer tout document utile ou nécessaire pour donner plein effet à cette résolution, à demander toute modification à l'égard des Cartes émises, incluant toute majoration de la ou des limites de crédit, et qu'elles aient tous les droits et pouvoirs reliés à la gestion et à l'utilisation du compte relatif à ces Cartes;
5. que les personnes identifiées ci-après puissent désigner à la Fédération des personnes responsables d'assurer la gestion du compte des Cartes, incluant notamment la désignation et la révocation des représentants de l'entreprise autorisés à obtenir une Carte, la répartition et la modification des limites de crédit autorisées des Cartes ainsi que l'ajout et le retrait d'options liées aux Cartes, le cas échéant;

Nom des déléguées (personnes autorisées à gérer le compte) :

Titre ou poste	Nom	Date de naissance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. que la Fédération puisse considérer que cette résolution est en vigueur tant qu'elle n'aura pas reçu un avis écrit de sa modification ou de son abrogation.

☐ **Certificat du président ou du secrétaire**

Je soussigné ou soussignée certifie que la résolution de délégation qui précède a été adoptée le _____ par le conseil d'administration ou l'administrateur unique de la personne morale, que cette résolution ne contrevient aucunement aux statuts, aux règlements, à toute convention unanime des actionnaires ou à tout autre document régissant la personne morale, que celui ou ceux qui l'ont adoptée avaient le pouvoir de le faire et qu'elle est toujours en vigueur. De plus, j'atteste que le ou les postes dont le ou les titres sont mentionnés ci-dessus, le cas échéant, sont actuellement détenus par la ou les personnes dont le ou les noms y sont indiqués.

Signé à _____ ce _____

_____	_____
Nom et fonction (président ou secrétaire qui certifie l'adoption de cette résolution)	Signature

OU

☐ **Signature de tous les administrateurs ou actionnaires autorisés à voter sur la résolution**

Nous soussignés ou soussignées sommes le ou les administrateurs ou actionnaires habiles à voter sur la résolution qui précède. Nous adoptons cette résolution et certifions qu'elle est conforme aux statuts, aux règlements et à tout autre document régissant la personne morale et que nous avons le pouvoir de l'adopter.

Signé à _____ ce _____

_____	_____
Nom, titre (administrateur ou actionnaire)	Signature
_____	_____
Nom, titre (administrateur ou actionnaire)	Signature
_____	_____
Nom, titre (administrateur ou actionnaire)	Signature
_____	_____
Nom, titre (administrateur ou actionnaire)	Signature