

# Autorisation d'inscription au dépôt direct

Pour les fournisseurs de soins de santé et autres

**Envoi de la demande :**  
Ligne d'inscription  
TELUS Solutions en santé  
1-866-240-7492, option 1

Veillez retourner le formulaire  
rempli au numéro suivant :  
**Télec. : 1-866-840-1466**

**OU par courrier :**  
Services aux fournisseurs TELUS Solutions en santé  
1000-5090 Explorer Drive  
Mississauga (Ont.) L4W 4X6

Dénomination sociale	N° de fournisseur TELUS Solutions en santé/CSPAAT
Adresse	N° de TÉL.
	N° de TÉLÉC.
Ville/Province/Code postal	Courriel (pour confirmation des changements aux renseignements bancaires)
Personne-ressource	Date d'entrée en vigueur
<b>Renseignements bancaires :</b>	
Nom de l'institution financière	N° de l'institution
Adresse	N° de transit
Ville, prov., code postal	N° de compte
Téléphone	Télécopieur

**Veillez signer ce formulaire avant de le retourner à TELUS Solutions en santé**  
En signant ce formulaire, vous, le soussigné, autorisez TELUS Solutions en santé  
à modifier votre profil, y compris vos renseignements bancaires.

Signature du fournisseur	Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	Date
Signature du propriétaire de la clinique*	Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	Date

\*Si la demande provient d'un fournisseur qui passe (i) d'un compte bancaire à accès partagé pour la clinique à un compte individuel, (ii) d'un compte individuel à un compte bancaire à accès partagé pour la clinique; ou (iii) à un compte bancaire non inscrit sous le nom du propriétaire ou du fournisseur, le propriétaire de la clinique doit autoriser les changements en apposant sa signature sur le présent formulaire.

**Joindre un chèque annulé préimprimé\*\* ici**

\*\* Si la dénomination sociale ou le nom commercial n'est pas préimprimé sur le chèque, une lettre signée de votre institution financière confirmant le nom et le numéro de compte et portant le nom des signataires autorisés est requise.

**Veillez valider la réception du dépôt direct dans votre nouveau compte bancaire avant de procéder à la fermeture de votre ancien compte bancaire.**

**Un délai de deux semaines est requis pour l'apport de changements**

**Imprimer**