AUTORITÉ DES MARCHÉS FINANCIERS

DEMANDE D'ACCÈS AUX SOLUTIONS – ÉTUDES DE CAS

❑ RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE
❑ RÉGIMES DE RENTES COLLECTIVES

IDENTIFICATION DU SUPERVISEUR DE PÉRIODE PROBATOIRE						
Mme ❑ M. ❑	Prénom(s)		Nom			
Nº de client (10 chiffres)		Téléphone (travail)			Poste	
Courriel						
ADRESSE						
Nom du cabinet						
N°		Rue			Bur.	
Ville		Province		Code postal		

IDENTIFICATION DU STAGIAIRE						
Mme ❑ M. ❑	Prénom(s)		Nom			
Nº de client (10 chiffres)		Téléphone (travail)			Poste	
Courriel						
ADRESSE RÉSIDENTIELLE						
N°		Rue			App.	
Ville		Province		Code postal		

Langue demandée pour les solutions ? ❑ Français ❑ Anglais

AVERTISSEMENT

Veuillez noter que les solutions aux études de cas sont des documents confidentiels à usage restreint. Il est interdit de diffuser ces documents aux stagiaires ou à toutes autres personnes.

❑ J'ai pris connaissance de l'avertissement et j'en accepte les conditions.

_____ Date : _____ /_____ /_____
Signature du superviseur année mois jour

Vous pouvez envoyer le formulaire dûment rempli par la **poste** à l'adresse suivante :

Autorité des marchés financiers
Place de la Cité, tour Cominar
2640, boulevard Laurier, bureau 400
Québec (Québec) G1V 5C1

Ou par **courriel** à : Qualification@lautorite.qc.ca