



Permis 360 Inc.

360 Permits Inc.

6600, TRANS CANADA HWY, SUITE 750

POINTE CLAIRE, QC H9R 4S2

Tél. / Phone : (514) 312-0282

Télec. / Fax : (514) 312-0283

Ouverture de dossier

|                      |                            |              |
|----------------------|----------------------------|--------------|
| Nom de la compagnie: |                            |              |
| DBA:                 |                            |              |
| Adresse:             |                            |              |
| Ville:               | Province:                  | Code postal: |
| NEQ :                | TVQ:                       |              |
| Tel. Cie.            | TPS:                       |              |
| Cell #               | Fax #                      |              |
| Courriel:            | Mois de Fin d'année Fiscal |              |

|                       |                       |               |
|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Président:            | Date naissance:       |               |
| Ass. -social:         | # permis de conduire: |               |
| Adresse personnelle:  |                       |               |
| Ville:                | Province:             | Code postal:  |
| Tel #                 | Cell #                |               |
|                       |                       |               |
| Vice-Président:       | Date naissance:       |               |
| Ass. -social:         | # permis de conduire: |               |
| Adresse personnelle : |                       |               |
| Ville :               | Province:             | Code postal : |
| Tel #                 | Cell #                |               |

Personnes responsables:

|           |        |
|-----------|--------|
| Nom:      | Titre: |
| Tel #:    | Fax #: |
| Courriel: | Cell # |

|           |        |
|-----------|--------|
| Nom:      | Titre: |
| Tel #:    | Fax #: |
| Courriel: | Cell # |

Assurance

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Nom Compagnie d'assurance: |           |
| # Police:                  | Date exp: |
| Firme de Courtage:         | Tel #     |
| Courtier:                  | # Poste : |