|  |  |
| --- | --- |
|  | **Abonnement - collectivité** |

Tout organisme sans but lucratif, établissement à caractère éducatif, société ou entreprise peut s’abonner et ainsi accéder aux services, collections et équipements offerts dans les édifices de BAnQ. Une collectivité œuvrant auprès de la clientèle ayant une déficience perceptuelle peut également emprunter des documents physiques adaptés. Les livres numériques et les plateformes numériques externes pour lesquelles BAnQ détient des licences permettant l’utilisation par ses abonnés individuels sont exclus de cet abonnement.

**No : SC-022  
Màj : 2025-01-20**

Pour abonner une collectivité, ce formulaire doit être rempli et signé par un signataire autorisé, puis transmis à BAnQ. Pour faciliter l’abonnement, envoyez préalablement le formulaire à l’adresse suivante : [pret@banq.qc.ca](mailto:pret@banq.qc.ca). Une fois l’abonnement complété, chaque représentant dont le nom est inscrit sur le formulaire obtient, sur validation de son identité, une carte permettant l’emprunt de documents physiques au nom de sa collectivité, soit 75 documents pour une période de 90 jours.

**Renseignements personnels**

Vos renseignements personnels sont recueillis par BAnQ afin que vous puissiez bénéficier des services ou activités associés au présent formulaire. Ces renseignements doivent être fournis, à défaut de quoi, il n’est pas possible de profiter des services ou activités. Consultez notre page [Protection de la vie privée](https://www.banq.qc.ca/notre-institution/diffusion-information/protection-de-la-vie-privee/)pour davantage d’information, notamment en ce qui concerne vos droits d’accès et de rectification.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Coordonnées de la collectivité | | | | | | | | |
| Nom de la collectivité : | | | | | | | | |
| Type : | CHSLD | Garderie | | OSBL | | Entreprise | | Autre |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) : | | | | | | | | |
| Adresse (no, rue) : | | | | | Ville : | | | |
| Province: | | | Code postal : | | | | Téléphone : | |
| Courriel : | | | | | | Télécopieur : | | |
| Collectivité œuvrant auprès de personnes ayant une déficience perceptuelle | | | | | | | | |

| **Coordonnées des représentants** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 2 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 3 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 4 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 5 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 6 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 7 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 8 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 9 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |
| 10 | Prénom | Nom | Tél. au travail et no poste |
| Courriel professionnel | | Je souhaite recevoir les avis par courriel |

Engagement de la collectivité

Nous, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de la collectivité), reconnaissons avoir pris connaissance du Règlement sur l’abonnement et l’emprunt (R-8) et de la Directive sur l’abonnement et l’emprunt (D‑4) de BAnQ et nous engageons par la présente à le respecter.

**Signataire autorisé de la collectivité**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom et nom (en majuscules)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Signature*

Signé le \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_,

à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_