



IFMMS SUPPLIER RECORD REQUESTS / REVISIONS

DEMANDES / RÉVISIONS CONCERNANT LES DOSSIERS DE FOURNISSEURS DANS LE SIGFM

PUT AWAY ON FILE / CLASSER AU DOSSIER
▶ Original = 850-8

PRIVACY NOTICE The personal information is collected under the Financial Administration Act, ss. 17(1) and 35(2). The information is used and disclosed to relevant federal program(s) and your financial institution for direct deposit purposes. Direct deposit payments can not be made without provision of information requested. Personal information is protected in accordance with the provisions of the Privacy Act. Under the Act, individuals and businesses have a right to request access and correct their personal information, if erroneous or incomplete.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ Les renseignements personnels sont recueillis en vertu de la Loi sur la gestion des finances publiques, par. 17(1) et 35(2). Les données sont utilisées et divulguées à des programmes fédéraux pertinents et à votre institution financière aux fins de dépôt direct. Les paiements par dépôt direct ne peuvent être effectués sans que les renseignements requis aient été fournis. Les renseignements personnels sont protégés conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels. En vertu de cette loi, toute personne ou entreprise a le droit de demander d'accéder à leurs renseignements personnels et à corriger ces derniers s'ils sont erronés ou incomplets.

Please complete form in full and send by e-mail to – Veuillez remplir le formulaire au complet et l'envoyer par courriel à

ATLANTIC – ATLANTIQUE
[GEN-ATL RHQ Supplier Request](#)

NHQ – AC
[GEN-NHQ ACCTSERV PAY/REC](#)

PRAIRIE – PRAIRIES
[GEN-PRA-500-IFMMS AP Supplier Setup \(PRA\)](#)

QUEBEC – QUÉBEC
[GEN-QUE 307 Fournisseurs](#)

ONTARIO
[GEN-ONT-RHQ-SUPPLIER](#)

PACIFIC – PACIFIQUE
[GEN-PAC-RHQ SUPPLIER REQUESTS\(PAC\)](#)

New / Nouveau Amendment / Modification Cancel / Annulation IFMMS Supplier No : / N° du fournisseur SIGFM : _____

Print Clearly – Écrivez lisiblement

PART A – PARTIE A

Vendor Information – Information du fournisseur

1. **Legal PAYEE Name / Nom légal du BÉNÉFICIAIRE** _____

2. **Name of Authorized Representative / Nom du représentant autorisé**
Surname – Nom _____ Given Name – Prénom _____

3. **PBN No / N° NEA** _____ P G _____ [Procurement Business Number / Numéro d'entreprise - approvisionnement](#)

4. **Business No / N° d'entreprise** _____ 5. **GST, QST HST No / N° de TPS, TVQ TVH** _____ R T _____

6. **SIN No (for individuals) / NAS (pour particuliers)** _____ Social Insurance Number / Numéro d'assurance sociale _____

7A. **Mailing Address / Adresse postale**
Street Address (Include Unit No., R.R. or P.O. Box) – Rue (Indiquer le n° d'unité, la route rurale ou la case postale) _____
City – Ville _____ Province _____ Postal Code – Code postal _____ Country – Pays _____

B. **Order Address / Adresse pour commande**
Street Address (Include Unit No., R.R. or P.O. Box) – Rue (Indiquer le n° d'unité, la route rurale ou la case postale) _____
City – Ville _____ Province _____ Postal Code – Code postal _____ Country – Pays _____

8. **Telephone / Téléphone** () _____ ext _____ 9. **Fax / Télécopieur** () _____

10. ***Email / *Courriel** _____
*Mandatory in order to receive confirmation and details of bank account payment. / *Obligatoire afin de recevoir la confirmation et les détails du dépôt fait dans votre compte bancaire.

11. **Payment Currency / Devise de paiements** Canadian / Canadien U.S. / É.U. Other (specify) / Autre (préciser) _____

12. **Language Preference / Préférence linguistique** English Français

PART B – PARTIE B

Vendor Type – Type du fournisseur

13. **Select all that apply – Sélectionnez tout ce qui s'applique**

<input type="checkbox"/> Supplier / Fournisseur	<input type="checkbox"/> Food - Institution Services Supplier / Fournisseur nourriture - Services en établissement
<input type="checkbox"/> Other Government Department (OGD) / Autre ministère gouvernemental (AMG)	<input type="checkbox"/> Other Level of Government / Autre niveau gouvernemental
<input type="checkbox"/> Former Public Servant NOT in receipt of a PSSA Pension / Ancien fonctionnaire ne recevant PAS une pension versée en vertu de la LPFP	▶ Indicate Retirement Date / Indiquez la date de la retraite _____ (YYAA-MM-DJ)
<input type="checkbox"/> Former Public Servant in receipt of a PSSA Pension / Ancien fonctionnaire recevant une pension versée en vertu de la LPFP	▶ Indicate Retirement Date / Indiquez la date de la retraite _____ (YYAA-MM-DJ)
<input type="checkbox"/> Minority Owned - Aboriginal Supplier / Propriété de groupe ethnique - Fournisseur Autochtone	

PART C – PARTIE C
Organization Type – Type d'organisation

14. Select one of the following – Sélectionnez celui qui s'applique

- Corporation / Société
 Partnership / Société de personne
 Individual / Particulier
- Individual's Last Name – Nom de famille du particulier _____
- Individual's First Name – Prénom du particulier _____

PART D – PARTIE D
Purpose of Site – Objet de l'emplacement

15. Select all that apply (New/Revised Site for) – Sélectionnez tout ce qui s'applique (Nouvel emplacement ou emplacement révisé est pour)

- Purchasing / Achats
 Payment / Paiement
 Request for Quote Only (RFQ) / Appel d'offre seulement (AO)
 Payment by credit card (MasterCard) is accepted / Paiement des factures par carte de crédit (MasterCard) sont acceptés

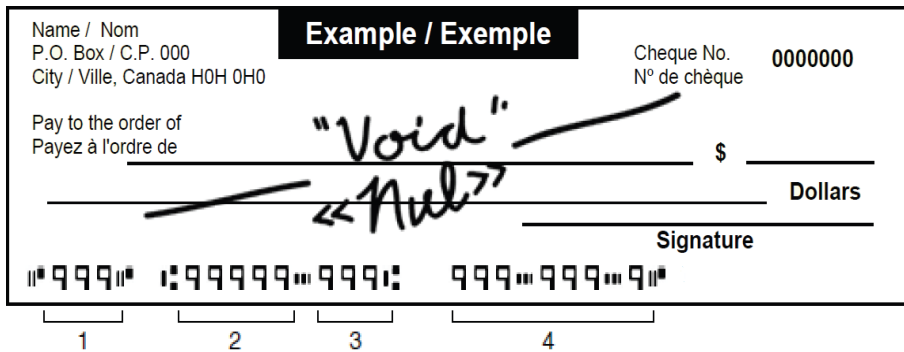
PART E – PARTIE E
Banking Information – Information bancaire

16. Please attach a "VOID" cheque OR an attestation from the bank with your request form.

Veillez inclure avec votre formulaire de demande d'inscription un chèque avec la mention « NUL » OU une attestation de la banque.

Until your completed form has been processed, you will continue to be paid by cheque.

Vous continuerez d'être payé par chèque jusqu'à ce que votre formulaire rempli ait été traité.



Provision of the information requested on this form is required to effect direct deposit payments.

La disposition de l'information demandée sur ce formulaire est requise dans le but d'effectuer des dépôts directs.

PART F – PARTIE F
Consent – Consentement

I, as an authorized representative of this business, authorize the Receiver General of Canada to deposit the payment(s) directly into the above mentioned bank account until further notice. I fully understand that payment details will only be provided by email confirmation (provided in Part A-10 of this form).

En tant que représentant(e) autorisé(e) de cette entreprise, j'accorde au receveur général du Canada le droit de déposer les paiements directement dans le compte bancaire indiqué ci-dessus, et ce, jusqu'à nouvel ordre et comprend parfaitement que les détails du paiement seront seulement disponible dans la confirmation par courriel (fourni dans la Partie A-10 de ce formulaire).

17. ►

Signature of authorized representative – Signature du (de la) représentant(e) autorisé(e)

Date (YYAA-MM-DJ)