



Plateforme évolutive  
pour les avantages collectifs

## Formulaire d'inscription au dépôt direct

Veillez remplir ce formulaire et nous le retourner par :

**Courriel :** support@segic.ca

**Télécopieur :** 514-312-9047

**Poste :** Segic, 7220, boulevard Grande-Allée, Saint-Hubert (Québec) J3Y 0N8

### **IMPORTANT**

Tous les champs sont obligatoires.

Type de demande	<input type="checkbox"/> Première inscription	<input type="checkbox"/> Modification personne ressource
<input type="checkbox"/> Modification coordonnées bancaires	<input type="checkbox"/> Changement de N° de RAMQ	<input type="checkbox"/> Modification relevés en ligne
<input type="checkbox"/> Modification de coordonnées (adresse, téléphone, courriel, fax...)		

Identité de la pharmacie requérante					
Raison sociale ou nom commercial de la pharmacie					
Chaîne/Bannière			Numéro d'inscription à la RAMQ		
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone			Télécopieur		
Courriel principal					
Nom de la personne ressource			Titre		
Mode de communication préféré		<input type="checkbox"/> Courriel	<input type="checkbox"/> Téléphone	Langue	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
		<input type="checkbox"/> Télécopieur	<input type="checkbox"/> Poste		

Renseignements bancaires		
Numéro de succursale ou de transit	Numéro de l'institution bancaire	Numéro de compte
Téléphone de l'institution bancaire		Date à laquelle Segic peut activer son lien à votre compte

Veillez inscrire ci-dessous tous les signataires autorisés de la pharmacie, avec leur numéro de l'OPQ et leur signature.

### Autorisation et signature

*Je, soussigné, déclare être un signataire autorisé à remplir le présent formulaire au nom de la pharmacie requérante. J'autorise, par la présente, SEGIC à effectuer des dépôts directs pour le remboursement des frais et services encourus, dans le compte bancaire dont les renseignements sont spécifiés dans la section à cet effet dans la première page du formulaire. Les présentes directives annulent toutes les directives précédentes concernant le paiement par dépôt direct des demandes de règlement. Je consens aussi à rembourser SEGIC pour tous fonds déposés par erreur dans ce compte. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à avis contraire.*

Nom de chaque pharmacien propriétaire	Numéro de pratique de l'OPQ	Signature

## Inclure ici le chèque spécimen portant la mention « Annulé »

Les éléments suivants doivent obligatoirement apparaître sur le chèque spécimen :

- raison sociale ou nom commercial
- adresse
- numéro de compte

Si ces éléments ne sont pas présents sur le chèque spécimen, veuillez nous transmettre une lettre de votre institution financière confirmant le nom du titulaire du compte, votre numéro de compte et le ou les noms du ou des signataires autorisés.

# Formulaire d'inscription aux relevés en ligne

## IMPORTANT

*Vous devez faire une demande distincte pour chacun de vos établissements.*

**Tous les champs sont obligatoires** (si les coordonnées de la pharmacie sont les mêmes que sur le formulaire d'inscription au dépôt direct, vous n'avez pas besoin de remplir la section "Ma pharmacie").

Demandeur			
Nom		Prénom	
Téléphone		Télécopieur	
Courriel			

Ma pharmacie			
Raison sociale ou nom commercial de la pharmacie			
Chaîne/Bannière		Numéro d'inscription à la RAMQ	
Adresse			
Ville		Province	
		Code postal	

Pour toute question, veuillez nous contacter par téléphone au 514-312-9046 ou par courriel à [support@segic.ca](mailto:support@segic.ca)

