

Prière de retourner ce consentement par télécopieur au 450-619-0199 (1-877-619-0199) ou le poster au 114 St-Georges, La Prairie (QC) J5R 2L9

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT / CONSENT FORM CONSOMMATEUR / CUSTOMER

AUTORISATION D'OBTENIR ET DE TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Loi 68)  
AUTHORIZATION TO OBTAIN AND TRANSMIT PERSONAL INFORMATION (Law 68)

NOM ET PRÉNOM / LAST AND FIRST NAME : \_\_\_\_\_

ADRESSE ACTUELLE / ACTUAL ADDRESS : \_\_\_\_\_

ADRESSE ANTÉRIEURE / PREVIOUS ADDRESS : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE / TELEPHONE : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.A.S. / S.I.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE/  
DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_  
J/D / M/M / A/Y

PERMIS DE CONDUIRE/  
DRIVER'S LICENCE : \_\_\_\_\_

OBJET / SUBJECT : **SOLVABILITÉ / SOLVENCY**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise **Rapide Investigation Canada Ltée** et/ou ses agents de renseignements personnels et/ou ses mandataires d'effectuer une enquête et d'obtenir certains renseignements jugés nécessaires me concernant.

I, the undersigned, \_\_\_\_\_ authorize **Rapide Investigation Canada Ltd** and/or their agents of personal information and/or their mandatories to inquire and access certain information concerning myself.

EMPLOI ACTUEL / ACTUAL EMPLOYMENT			<input type="checkbox"/> OUI YES	<input type="checkbox"/> NON NO
Compagnie / Company	Personne ressource / Contact	Téléphone / Telephone		

  

INSTITUTION FINANCIÈRE / BANK			
Succursale / Branch	Numéro de compte / Account number	Téléphone / Telephone	Télécopieur / Fax

J'autorise également les compagnies mentionnées ci-dessus à leur transmettre les renseignements personnels me concernant et je libère de toute responsabilité les personnes ou les compagnies fournissant des renseignements personnels à mon sujet. J'accepte qu'une photocopie ou télécopie de ce document ait la même valeur que l'original.

Also, I authorize to transmit to the companies the personal information concerning myself and in addition, I release any responsibilities of the persons or their sources transmitting. I accept a photocopy, or fac-simile of this document having the same value as the original.

X \_\_\_\_\_  
Signature

Date : \_\_\_\_\_  
J/D / M/M / A/Y