

Ce document est réservé aux cabinets ou aux sociétés autonomes dont les rôles d'administrateur, de dirigeant ou associé responsable, de correspondant, d'assistant du correspondant et de signataire autorisé sont occupés par des personnes distinctes. Il leur permet de respecter l'exigence prévue au paragraphe 14 de l'article 2 du *Règlement relatif à l'inscription d'un cabinet, d'un représentant autonome et d'une société autonome*, c. D-9.2, r.15.

PARTIE 1 – NOMINATION

Veillez lire attentivement ce qui suit et remplir les champs requis selon les nouveaux liens d'affaires déclarés à la présente demande.

Par la présente, nous confirmons que :

(Nom du cabinet ou de la société)

désigne auprès de l'Autorité des marchés financiers :

1.	(Nom de la personne nommée)	à titre de dirigeant ou associé responsable;
2.	(Nom de la personne nommée)	à titre de correspondant;
3.	(Nom de la personne nommée)	à titre d'assistant du correspondant (s'il y a lieu);
4.	(Nom de la personne nommée)	à titre d'assistant du correspondant (s'il y a lieu);
5.	(Nom de la personne nommée)	à titre de signataire autorisé;
6.	(Nom de la personne nommée)	à titre de signataire autorisé.

Par le fait même, nous attestons que :

(nom du dirigeant ou associé responsable)

1.	a l'autorité fonctionnelle propre à son poste de direction lui permettant d'accomplir son mandat au sein de l'inscrit;
2.	a la compétence voulue en matière de conformité ou travaille en étroite collaboration avec un service de conformité compétent pour assurer la supervision des activités des représentants afin que ceux-ci agissent conformément à la <i>Loi sur la distribution de produits et services financiers</i> et à ses règlements;
3.	est en mesure de diriger les opérations de l'inscrit au Québec.

PARTIE 2 – SIGNATURES DES ADMINISTRATEURS OU DES ASSOCIÉS

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	

ADMINISTRATEUR OU ASSOCIÉ

M. Mme	Prénom		Nom	
Signature			Date	