

# **ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT PROGRAMME TRANSPORT-HÉBERGEMENT**

## **Identification du payeur**

Centre de réadaptation de la Gaspésie  
230, route du Parc  
Sainte-Anne-des-Monts (Québec)  
G4V 2C4

**Nom du bénéficiaire :** \_\_\_\_\_

**N° de RAMQ (facultatif):** \_\_\_\_\_

## **Autorisation de la personne responsable**

Identification et adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**J'autorise, par la présente, le Centre de réadaptation de la Gaspésie à effectuer des dépôts au compte ci-dessous.**

\_\_\_\_\_  
Signataire autorisé

## **Identification de votre institution financière**

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**Important :**  
**Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ »**  
**pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou**  
**d'institution financière, veuillez aviser**  
**le Centre de réadaptation de la Gaspésie.**