ENVOYER LE FORMULAIRE PAR LA POSTE OU PAR TÉLÉCOPIEUR :

Institut des banquiers canadiens | L'Institut de fiducie
625, boul. René-Lévesque ouest, 4ième étage Téléphone : 514-282-9480
Montréal (Québec) H3B 1R2 Sans frais : 1-800-361-7339
Site Web : www.icb.org Télécopieur : 514-878-4260

N^{O} D'ETUDIANT À L'IBC

S.V.P. écrire en lettres moulées et à l'encre

DEMANDE DE DUPLICATA DE RELEVÉ DE NOTES (POUR UN COURS)

SECTION 1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM DE FAMILLE | PRÉNOM(S)

N.A.S. (facultatif) | DATE DE NAISSANCE (facultatif) Jour Mois Année | SEXE ☐ M ☐ F | EMPLOYEUR

N^{O} DE TRANSIT DE L'EMPLOYEUR (s'il y a lieu) | N^{O} D'EMPLOYÉ(E) (facultatif) | TITRE DU POSTE | SERVICE

ADRESSE | N^{O} DE TÉL. AU BUREAU | EXT.

VILLE | PROVINCE OU PAYS | CODE POSTAL | N^{O} DE TÉLÉCOPIEUR

L'IBC est tenu de vous transmettre par courriel les renseignements personnels et confidentiels rattachés à votre statut d'étudiant, vos examens, les modifications aux cours, etc. Consentez-vous à recevoir ces courriels? ☐ **Oui** ☐ **Non**

COURRIEL PRINCIPAL (facultatif) | COURRIEL SECONDAIRE (facultatif) | N^{O} DE TÉL. PERSONNEL

(Sans votre adresse courriel, l'IBC devra poster certaines informations confidentielles, ce qui retardera le processus.)

Souhaitez-vous recevoir, de l'IBC par courriel, des renseignements au sujet des nouveaux cours et programmes ainsi que le bulletin électronique « IBC en primeur »? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Comment avez-vous entendu parler de l'IBC? ☐ Collègue ☐ Patron ☐ Ami ☐ Professeur ☐ Moteur de recherche ☐ Site Internet de l'IBC ☐ Courriel de l'IBC ☐ Envoi postal de l'IBC ☐ Autre

VEUILLEZ PRÉVOIR UN DÉLAI DE DEUX SEMAINES POUR L'EXPÉDITION D'UN RELEVÉ.

SECTION 2 IDENTIFICATION DU COURS

JE DÉSIRE RECEVOIR UN DUPLICATA DE RELEVÉ DE NOTE POUR LE COURS : _____

X _____ DATE Jour Mois Année
Signature

SECTION 3 MODE DE PAIMENT

DES FRAIS DE 35 $ SONT APPLICABLES. SEULES LES DEMANDES COMPLÉTÉES AVEC PAIEMENT SERONT ACCEPTÉES.

PAYEUR: (COCHEZ UNE CASE) ☐ ÉTUDIANT OU ☐ EMPLOYEUR

MODE DE PAIMENT:

☐ N^{O} DE COMPTE CLIENT CORPORATIF (seulement si payeur est l'employeur) -

☐ MASTERCARD ☐ VISA N^{O} DE CARTE DE CRÉDIT | DATE D'EXPIRATION Mois Année

☐ CHÈQUE (envoyé par la poste avec le formulaire)

X _____ **MONTANT** **$**
Signature du titulaire de la carte

Veuillez prendre note que la facturation risque d'être en double si vous télécopiez ce formulaire et postez l'original.

Visitez notre site web **www.icb.org** pour vous inscrire en ligne.