

## Demande d'abonnement au service de dépôt SEDAR

À : **ALBERTA SECURITIES COMMISSION**  
**a/s du poste de service des ACVM**  
 À l'attention du fournisseur du service SEDAR  
 12, boulevard Millennium, bureau 210  
 Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 0M3

Télec. : 1-866-729-8011

Adresse courriel: [sedar@csa-acvm.ca](mailto:sedar@csa-acvm.ca)

### Dénomination sociale de l'abonné (au complet)

Cochez cette case s'il s'agit d'une nouvelle dénomination sociale. Indiquez l'ancienne ci-dessous et annexe une preuve de changement.

\_\_\_\_\_ *Ancienne dénomination*

Cochez une case :

- Formulaire SEDAR 1 initial** : L'abonné soussigné demande par la présente l'accès au service de dépôt. Il doit remplir toutes les sections.
- Modification du formulaire SEDAR 1 précédent** : L'abonné soussigné informe par la présente l'ASC que les renseignements concernant l'abonné ont été modifiés comme il est indiqué ci-dessous. Ces changements sont en vigueur à compter de la date de signature de ce formulaire. Une zone vierge indique que les renseignements n'ont pas été modifiés depuis le dépôt du formulaire SEDAR 1 précédent par l'abonné. L'abonné doit indiquer sa dénomination sociale dans la section 1 et signer l'attestation de la section 5.

### Section 1 : Renseignements sur l'abonné

Adresse commerciale (numéro et rue seulement; ne pas indiquer la case postale)			Adresse de facturation (si elle est différente)		
Ville	Province/territoire	Code postal	Ville	Province/territoire	Code postal
Téléphone ( )		Télécopieur ( )	Téléphone ( )		Télécopieur ( )
<input type="checkbox"/> Déposant par voie électronique		<input type="checkbox"/> Agent de dépôt		Adresse du site Web de la société	

### Section 2 : Responsables (Si possible, indiquer deux noms pour chaque type de responsable. Le responsable principal permanent recevra les numéros d'identification, les mots de passe et la correspondance qui se rapportent à votre abonnement.)

Permanent	Suppléant
Responsable principal : _____	Responsable principal : _____
Fonction : _____	Fonction : _____
N° de tél. (ligne directe/poste) : ( ) _____	N° de tél. (ligne directe/poste) : ( ) _____
Adresse électronique : _____	Adresse électronique : _____
Exemple de signature : _____	Exemple de signature : _____
Responsable technique : _____	Responsable technique : _____
Fonction : _____	Fonction : _____
N° de tél. (ligne directe/poste) : ( ) _____	N° de tél. (ligne directe/poste) : ( ) _____
Responsable des comptes : _____	Responsable des comptes : _____
Fonction : _____	Fonction : _____
N° de tél. (ligne directe/poste) : ( ) _____	N° de tél. (ligne directe/poste) : ( ) _____

### Section 3 : Options du service de dépôt

Nombre de licences de logiciel requises (une par ordinateur) :

Cochez la case si le présent formulaire SEDAR 1 comprend une demande de licences supplémentaires et indiquez le nombre requis : \_\_\_\_\_

Système d'exploitation :  Windows Vista (32 ou 64 bit)  Windows 8.1 (32 ou 64 bit)  
 Windows 7 (32 ou 64 bit)  Windows 10 (32 ou 64 bit)

Le logiciel SEDAR est téléchargé du site [www.SEDAR.com](http://www.SEDAR.com).

Langue de correspondance :  Anglais  Français

Nombre d'ID utilisateur requis : \_\_\_\_\_

### Section 4 : Renseignements sur le paiement électronique

Nom de l'institution financière :

À noter : Le siège social de votre institution financière doit confirmer les détails de votre compte bancaire électronique.

Nombre d'utilisateurs requis pour autoriser un paiement :

1 ID utilisateur  2 ID utilisateur

Limite de paiement pour l'ID utilisateur (s'applique uniquement aux ID désignés comme pouvant autoriser un paiement jusqu'à la limite) \$ \_\_\_\_\_

Demander ID utilisateur :

Nom du déposant	Province de résidence	Aucun pouvoir d'autoriser un paiement	Pouvoir d'autoriser un paiement jusqu'à la limite (sélectionnée ci-dessus)	Pouvoir d'autoriser un paiement sans limite
1. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Le nom et l'adresse du déposant liés à tout ID utilisateur peuvent être modifiés à l'écran de données sur l'utilisateur. Cette fonction doit être utilisée pour attribuer les ID à l'interne.

Demande de suppression d'ID (veuillez les énumérer, le cas échéant) :

### Section 5 : Attestation et acceptation de l'abonné

Le soussigné déclare par la présente que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts à tous les égards importants et accepte que l'accès au service de dépôt SEDAR et l'utilisation de ce service soient soumis à la condition de son acceptation expresse des conditions du contrat d'abonnement au service de dépôt, des contrats de licence de logiciel et des autres documents connexes livrés (désignés ensemble comme le « contrat »). L'utilisation, par l'un des utilisateurs autorisés de l'abonné, des numéros d'identification et des mots de passe attribués pour avoir accès au service de dépôt SEDAR vaut acceptation des conditions du contrat.

Si ce formulaire remplace un autre formulaire SEDAR 1, il peut être signé par le responsable principal au nom de l'abonné, sauf en cas de changement du responsable principal, auquel cas le formulaire doit être dûment autorisé par l'abonné.

Signature de l'abonné ou d'un représentant autorisé (ou du responsable principal* dans le cas de modifications apportées au formulaire SEDAR 1 précédent)	Date:
Nom de l'abonné, du représentant autorisé ou du responsable principal* qui a signé ci-dessus (en lettres moulées) :	
Si le formulaire est signé par un représentant autorisé, indiquez son titre. S'il est signé par le responsable principal*, cochez ici : <input type="checkbox"/>	