|  |  |
| --- | --- |
| Formulaire de mise à jour des informations sur le cabinet |  |

# Instructions

Indiquez ci-dessous toutes les informations concernant votre cabinet, qui nécessitent une mise à jour. Veuillez inclure un formulaire IRS W-9 à jour si vous modifiez le nom ou l’adresse de l’entreprise. Remarque : Les informations sur le cabinet mentionnées dans ce formulaire, à l’exception du numéro d’identification fiscale et du numéro de prestataire de santé, sont accessibles au grand public via nos outils de recherche de fournisseur en ligne et/ou les annuaires de fournisseurs.

# Informations sur le cabinet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de la société |  | Adresse postale  incluant le code postal,  la ville et le département |  |
|  |
| Téléphone |  | Télécopie |  |
| Adresse courriel du cabinet |  | Site web |  |
| Numéro d’identification fiscale |  | Numéro de prestataire de santé |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heures d’ouverture |  |  | Prestataires pratiquant actuellement |
| Lundi |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Mercredi |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Samedi |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Dimanche |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Signature |  |  | Nom |  |
|  | Signature de la personne expédiant ce formulaire |  |  | Nom de la personne expédiant ce formulaire (imprimer) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de la signature |  |  |  |  |  |
|  | MM |  | JJ |  | AA |