

EFFACER

IMPRIMER

Inscription
Annulation
Modification

Renseignements sur le partenaire

Nom du partenaire	Numéro du partenaire
Adresse	Code postal
Accès au système PAH WEB Consultation ou Mise à jour	

Renseignements professionnels sur l'utilisateur(-trice) PAH

M. Mme	Nom	Prénom
Fonction		
Adresse		
Ville		Code postal
Moyens de communication Téléphone Courriel Courrier		
Numéro de téléphone	Poste	Numéro de téléphone cellulaire
Adresse courriel		
Remarques ou précisions		
Date d'entrée en vigueur	Année	Mois Jour

Approuvé par

Personne autorisée (en lettres moulées)	Signature	Année	Mois	Jour
---	-----------	-------	------	------

Note :

Joignez à la présente demande un formulaire d'engagement et de confidentialité dûment signé par l'utilisateur(-trice) PAH

Formulaire d'engagement et de confidentialité joint

Conseiller(-ère) en gestion

Nom	Signature	Date de validation
-----	-----------	--------------------

À l'usage de la SHQ

Pilote du système

Programmes autorisés : PAD PRR PAMH PRQ PYRRHO PEA

Autres :

Approuvé par

Gestionnaire du programme (en lettres moulées)	Signature	Année	Mois	Jour
--	-----------	-------	------	------

Recommandé par

Pilote du système (en lettres moulées)	Signature	Année	Mois	Jour
--	-----------	-------	------	------

Direction générale de la gouvernance numérique

Numéro de demande :

Étapes terminées :

Code utilisateur, mot de passe et rappel de sécurité transmis à l'utilisateur(-trice) PAH :

Intervenant(e) DGGN

Nom (en lettres moulées)	Signature	Année	Mois	Jour
--------------------------	-----------	-------	------	------