



Health Canada  
Santé Canada

Public Health Agency of Canada  
Agence de santé publique du Canada

**Direct Deposit Enrolment Request  
for Companies, Organizations  
and Sole Proprietors**

**Demande d'inscription au dépôt direct  
pour compagnie, organisation ou  
propriétaire unique**

Department/Ministère:  Health Canada/Santé Canada

PHAC/ASPC

**PART A - PARTIE A**

Please print clearly.

Please keep the appropriate federal government department informed of any change to your mailing addresses and/or banking information.

Écrivez lisiblement.

Veuillez informer le ministère fédéral approprié de tout changement d'adresse et/ou des renseignements bancaires.

**1** Name of Company, Organization or Sole Proprietor

Nom de la compagnie, organisation ou propriétaire unique

**2**

Street address, Apt. No., R.R. or P.O. Box - Rue, No d'app., R.R. ou Case postale

City, Town - Ville

**3**

Province

Postal Code  
Code Postal

Business Telephone  
Téléphone d'affaires

**4**

E-mail address

Adresse électronique

Vendor Number (if known)

Numéro de fournisseur (si elle est connue)

**PART B - PARTIE B**

**5**

Financial Institution No. - No de l'institution financière

**6**

Bank Branch No. - No de succursale bancaire

**7**

Deposit to Account No. - No de compte pour dépôt bancaire

**8**

Telephone Number of Financial Institution

Numéro de téléphone de l'institution financière

Name(s) of account holder(s)

Nom(s), titulaire(s) du compte

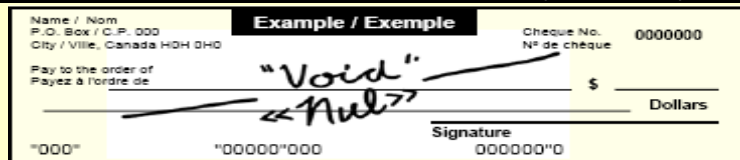
  


The information provided is protected under the Privacy Act.

Les renseignements fournis sont protégés conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Please attach a blank cheque for your bank account with "VOID" written on it.

S.V.P. joindre un spécimen de chèque avec la mention "NUL" pour votre compte bancaire.



I, as a properly authorized individual for this organization, and in lieu of receiving a cheque and cheque stub, hereby authorize the Receiver General for Canada to issue an electronic payment instruction to be credited to the account indicated above.

Je, représentant dûment autorisé de cet organisme, autorise par la présente, le Receveur général du Canada à donner instruction de porter un paiement électronique au crédit du compte susmentionné, plutôt que d'émettre un chèque ou un talon de chèque.

**9**

--	--	--

Year / Année    Month / Mois    Day / Jour

X

Signature of Applicant / Signature du (de la) requérant(e)

Language Preference - Préférence linguistique

English - anglais

français - French

Do not enclose anything other than your voided cheque with this form.

Sauf votre chèque annulé, n'inclure aucun autre document avec ce formulaire.

**Mailing address**

**Adresse postale**

Mail the completed form to your local accounting office. Don't forget to attach your "voided" cheque.

Postez votre formulaire rempli à votre bureau de comptabilité. N'oubliez pas de joindre votre chèque en blanc avec la mention "nul".

**Starting up**

**Mise en application**

Your direct deposit functionality should be operational within 10 days of receipt of this form in the accounting office.

La fonctionnalité de vos remboursement par dépôt direct devrait être effectué dans les 10 jours suivant la réception de votre formulaire au bureau de comptabilité.

If for some reason the direct deposit can't be made in your account, we will continue to send you a cheque until issues are resolved.

Si pour diverses raisons, nous ne pouvons effectuer le dépôt dans votre compte, nous continuerons de vous faire parvenir un chèque jusqu'à ce que les problèmes soient résolus.

**Need some help with this form?**

**Besoin d'aide avec ce formulaire?**

For information about direct deposit enrollment, call your local accounting office. You can also ask your financial institution for help in completing the form.

Pour tout renseignement sur l'inscription au dépôt direct, contactez votre bureau de comptabilité. Vous pouvez également demander de l'aide à votre institution financière pour remplir ce formulaire.

**PART C - PARTIE C**

Company, Organization or Sole Proprietors who have not attached a void cheque or who have a 'savings account' and would like to have their electronic payment credited to this account must have their financial institution complete this part.

Les compagnies, les organisations ou les propriétaires uniques qui ont compte épargne et désirent avoir leur paiement électronique crédité à ce compte doivent avoir cette partie complétée par leur institution financière.

Branch No. - No de la succursale

Institution No. - No de l'institution

Account No. - No de compte

Name(s) of account holder(s)

Nom(s), titulaire(s) du compte

Financial Institution Stamp Here  
Cachet de l'institution ici

The information provided is protected under the Privacy Act.

Les renseignements fournis sont protégés conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

In the NCR please forward this form to:  
Accounting Operations  
AL 3203A  
or by an email scan to **DD@hc-sc.gc.ca**  
or by fax to 613-954-3129

In the regions please forward to your Regional Finance Office

Dans la RCN veuillez envoyer ce formulaire à:  
Opérations comptables  
Indice de l'adresse 3203A  
ou par courriel à **DD@hc-sc.gc.ca**  
ou par télécopieur au 613-954-3129

Dans les régions veuillez l'envoyer à votre bureau de finance régional