

**Administrateur du plan :** Veuillez compléter et signer la section 1. Complétez les modifications aux sections 2 à 4, si applicables.

| 1. INFORMATIONS SUR LE GROUPE     |             |                         |
|-----------------------------------|-------------|-------------------------|
| Nom de l'entreprise :             |             | Numéro du groupe :      |
| Nom de l'administrateur du plan : | Signature : | Signé le : (aaaa/mm/jj) |

| 2. CHANGEMENT DE NOM DE L'ENTREPRISE |
|--------------------------------------|
| Nouveau nom de l'entreprise :        |

| 3. CHANGEMENT D'ADRESSE DE L'ENTREPRISE, DU TELEPHONE, DU COURRIEL |               |            |               |
|--|---------------|------------|---------------|
| Adresse :  |               | Unité # :  | C.-P. :       |
| Ville :  |               | Province : | Code Postal : |
| Téléphone :  | Télécopieur : | Courriel : |               |

| 4. MODIFICATION A L'ADMINISTRATEUR DU PLAN                           |                |        |          |  |
|--|----------------|--------|----------|--|
| Demande  | Nom de famille | Prénom | Courriel | Position   |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever |                |        |          | <input type="checkbox"/> Admin<br><input type="checkbox"/> Facturation |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever |                |        |          | <input type="checkbox"/> Admin<br><input type="checkbox"/> Facturation |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever |                |        |          | <input type="checkbox"/> Admin<br><input type="checkbox"/> Facturation |
| <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever |                |        |          | <input type="checkbox"/> Admin<br><input type="checkbox"/> Facturation |