



AUTORITÉ FINANCIÈRE DES PREMIÈRES NATIONS

Signataires autorisés

Signataires autorisés aux fins des programmes de l'AFPN

Nom du client : _____ Date d'entrée en vigueur (JJ/MM/AA) : _____

FI-Financement d'immobilisations ou à long terme **FP**- Financement provisoire **FCP** – Fonds communs de placement

Nom	Titre	Signature	Cocher la ou les cases appropriées		
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			FI	FP	FCP
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La signature qui figure à la droite du nom et du titre de tous les représentants autorisés susmentionnés est authentique et originale. De plus, je certifie que si un représentant autorisé perd son titre et son droit de représenter le membre de l'AFPN, tel qu'il est indiqué ci-dessus, ou si une autre personne est désignée à titre de représentant autorisé, le membre de l'AFPN fournira à l'AFPN un nouveau formulaire de spécimens de signatures afin de rendre compte des changements apportés à la liste des signataires autorisés.

Date

Signature de la personne attestant l'authenticité
des signatures autorisées

Nom et titre en caractères d'imprimerie

La signature de _____ (s'il y a lieu) et de _____
(veuillez indiquer le nombre) représentants autorisés doit accompagner chaque directive.