

# COORDONÉES



Remplissez un formulaire pour chaque centre de  
remboursement et centre satellite que vous exploitez.

## Coordonnées du propriétaire du centre de remboursement

Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

## Adresse postale du propriétaire du centre de remboursement

Adresse ou boîte postale: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postale: \_\_\_\_\_

## Personne contact principale à des fins administratives

Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

## Coordonnées du/de la responsable/gérant(e) du centre de remboursement

Nom: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

*Les informations fournies ci-dessous seront disponibles sur le site web d'Encorp à l'intention du public.*

Nom du CR: \_\_\_\_\_ CR #: \_\_\_\_\_ Est-ce un centre satellite? Oui Non

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postale: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_ Site Web: \_\_\_\_\_  
(s'il y a lieu) (s'il y a lieu)

Heures d'ouvertures (haute saison)  
(Au minimum du 1<sup>er</sup> avril au 31 octobre)

Dimanche: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Lundi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Mardi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Mercredi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Jeudi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Vendredi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Samedi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Heures d'ouverture (basse saison)  
(Au plus du 1<sup>er</sup> novembre au 31 mars)

Dimanche: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Lundi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Mardi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Mercredi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Jeudi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Vendredi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Samedi: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_