

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)

Dimanche: _____ à _____
Lundi: _____ à _____
Mardi: _____ à _____
Mercredi: _____ à _____
Jeudi: _____ à _____
Vendredi: _____ à _____
Samedi: _____ à _____

Heures d'ouverture (basse saison)

Dimanche: _____ à _____
Lundi: _____ à _____
Mardi: _____ à _____
Mercredi: _____ à _____
Jeudi: _____ à _____
Vendredi: _____ à _____
Samedi: _____ à _____