



Société des
auteurs et
compositeurs
dramatiques

MODE DE RÈGLEMENT DES REDEVANCES

NOM :

PRÉNOM :

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE :
(nécessaire pour les relevés d'impôt)

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE POSTALE :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :

Je désire que les sommes me revenant me soient réglées de la manière suivante :

-dépôt direct à mon compte bancaire (spécimen de chèque ci-joint)

-dépôt direct au compte bancaire de ma compagnie (spécimen de chèque ci-joint)
Je certifie avoir donné mandat à ma compagnie de délivrer toute autorisation et
de conclure tout contrat portant sur mes œuvres. Je garantis la SACD contre
tout recours à ce sujet.

COMPAGNIE

NOM :

ADRESSE :

NUMÉRO DE COMPAGNIE (NEQ) :
(nécessaire pour les relevés d'impôt)

Fait à _____, le _____

Signature

4446, boulevard Saint-Laurent
Bureau 605
Montréal (Québec)
H2W 1Z5

Téléphone : 514-738-8877
www.sacd.ca