



Code de compagnie

Formulaire CWB 151F/2019-1

NORME
W47.1 W47.2
W55.3 W186

LISTE DU PERSONNEL

Inscription initiale en division

Changement de division de à

Mise à jour de l'information

Remise en vigueur

NOTE: INDIQUER LA DIVISION SI CE FORMULAIRE EST COMPLÉTÉ POUR LES NORMES CSA W47.1, W47.2 OU W55.3

LISTE DU PERSONNEL AFFECTÉ À L'INSTALLATION OÙ LA CERTIFICATION EST APPLICABLE

Cette liste indique le personnel affecté à l'installation suivante:

Nom de la compagnie:

Adresse:

Téléphone: Télécopieur:

1. Chef de la direction (Nom & Titre): Courriel:

2. a. Autre membre de la direction (Nom & Titre): Courriel:

b. Autre membre de la direction (Nom & Titre): Courriel:

3. Personne contact avec le CWB (Nom & Titre): Courriel:

No de cellulaire:

Lieu de travail de la personne contact: Même que ci-dessus ou

Adresse:

Ville: Prov./État: Pays: Code Postal:

Téléphone: Télécopieur:

4. a. Pour la norme CSA W47.1, W47.2 et W55.3 seulement, indiquer ci-dessous les ingénieurs en soudage désignés. Fournir le courriel pour les ingénieurs employés à temps plein pour la compagnie.

i. Ingénieur en soudage Courriel: Temps plein Temps partiel

ii. Ingénieur en soudage Courriel: Temps plein Temps partiel

b. Pour les normes CSA W186 seulement, indiquer ci-dessous les ingénieurs en soudage désignés pour la conception du soudage et/ou les procédures et l'exécution du soudage. Fournir le courriel pour les ingénieurs employés à temps plein pour la compagnie.

i. Conception du soudage: Courriel: Temps plein Temps partiel

ii. Procédures et exécution du soudage: Courriel: Temps plein Temps partiel

5. a. Superviseur en soudage (Nom & Titre): Courriel et/ou Cell:

b. Superviseur en soudage (Nom & Titre): Courriel et/ou Cell:

c. Superviseur en soudage (Nom & Titre): Courriel et/ou Cell:

d. Superviseur en soudage (Nom & Titre): Courriel et/ou Cell:

6. Responsable de la comptabilité (Nom & Titre): Courriel:

* Veuillez indiquer la méthode préférée pour recevoir les factures: Courriel. Poste

VEUILLEZ NOTER QUE TOUT CHANGEMENT DE PERSONNEL (1 À 6 CI-DESSUS) EXIGE QU'UN NOUVEAU FORMULAIRE SOIT COMPLÉTÉ
Pour obtenir les dernières versions des documents et des formulaires de certification du CWB ainsi que les conditions générales de certification, veuillez visiter : www.cwbgroup.org

VEUILLEZ SOUMETTRE LE DOCUMENT PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR LA POSTE ET CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS

Compléter cette section seulement si le chef de la direction désigne un délégué.

À titre de chef de la direction, je désigne (Nom & Titre): pour me représenter concernant toutes questions relatives à la certification de cette compagnie.

DATE MM / JJ / AAAA

Signature du chef de la direction

La personne contact avec le CWB indiquée ci-dessus a été désigné comme ayant la responsabilité de s'assurer que les exigences de certification soient mises en oeuvre et respectées de façon continue. Je désigne également le personnel mentionnée ci-dessus et je confirme que l'autorité nécessaire leur est accordée pour leur permettre l'accomplissement libre et entier de leurs obligations envers la norme citée en rubrique.

DATE MM / JJ / AAAA

Signature du chef de la direction ou son délégué