



PERSONNEL AUTORISÉ ET CENTRES D'ÉPREUVES

1. Nom de l'organisation (Centre d'épreuves ou local d'union) et adresse:

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Telephone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

2. Adresse de correspondance: Même que ci-dessus ou:

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Telephone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

3. Nom et adresse du centre d'épreuves

Nom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Telephone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

Représentant du centre d'épreuves ou local d'union: (Nom et Titre) _____

Responsable de la réception des résultats: (Nom et Titre) _____

Personne contact avec le Groupe CWB: (Nom et Titre) _____

Responsable des comptes payables: (Nom et Titre) _____

Autre: (Nom et Titre) _____

Autre: (Nom et Titre) _____

Note: Ce formulaire doit être complété par les locaux d'union et/ou centres de tests liés par une entente pour l'administration de qualifications pratiques de soudeurs avec le Groupe CWB. Indiquer le nom de l'organisation, l'adresse pour les comptes recevables ainsi que la correspondance générale, le nom ainsi que l'adresse des installations où les tests seront effectués (centres d'épreuves) ainsi que le personnel impliqué dans le processus d'administration des tests. Tout changement dans les informations ci-dessus requiert la soumission d'un nouveau formulaire.

Signature: _____

DATE	_____
	MM / JJ / AAAA