



Code de compagnie

Formulaire CWB 151F/2026-1

NORME	
<input type="checkbox"/> W47.1	<input type="checkbox"/> W47.2
<input type="checkbox"/> W55.3	<input type="checkbox"/> W186

# LISTE DU PERSONNEL

Incription 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 physique: \_\_\_\_\_

Adresse postale:  Même chose que ci-dessus, OU : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation:  Même chose que ci-dessus, OU : \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Télécopieur: \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ NOTER : \*COURRIEL OBLIGATOIRE. TOUT CHANGEMENT NOUVEAU FORMULAIRE COMPLÉTÉ ENTIEREMENT (y compris pour les nouveaux employés et les emp documents et formulaires de certification de la CWB ainsi que les conditions de certification, veuillez consulter le site : ww**

**VEUILLEZ ENVOYER UN COURRIEL À : FORMS@CWBGROUP.ORG ET CONSERVER UNE COPIE POUR VOTRE DOSSIER.**

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): \_\_\_\_\_ \*Coi: \_\_\_\_\_

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

No de cellulaire: \_\_\_\_\_

**4. Pour les entreprises des divisions 1 et 2, indiquer le(s) nom(s) de l'(des) ingénieur(s) en soudage désigné(s)**

i. Ingénieur ensoudage \_\_\_\_\_ \*Courriel: \_\_\_\_\_  Temps plein  Temps partiel

ii. Ingénieur en soudage \_\_\_\_\_ \*Courriel: \_\_\_\_\_  Temps plein  Temps partiel

5. a. Superviseur en soudage: \_\_\_\_\_ \*Courriel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

b. Superviseur en soudage: \_\_\_\_\_ \*Courriel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

c. Superviseur en soudage: \_\_\_\_\_ \*Courriel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

d. Superviseur en soudage: \_\_\_\_\_ \*Courriel: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

6. a. Responsable de la comptabilité (Nom & Titre): \_\_\_\_\_

b. Adresse e-mail pour l'envoi des factures (comptes fournisseurs): \_\_\_\_\_

La personne contact avec le CWB idiquée 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

**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