



Société des auteurs et compositeurs dramatiques

MODE DE RÈGLEMENT DES REDEVANCES

NOM : _____

PRÉNOM : _____

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

ADRESSE POSTALE : _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : _____

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

-chèque à mon ordre

-chèque à l'ordre de ma compagnie, à laquelle je certifie avoir donné mandat de délivrer toutes les autorisations et conclure tous contrats portant sur mes œuvres. Je garantis la SACD contre tous 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 202
Montréal (Québec)
H2W 1Z5

Téléphone : 514-738-8877
Télécopieur : 514-342-4615
www.sacd.ca