

OUVERTURE DE COMPTE DE VALEURS MOBILIÈRES  
 CONTINUITÉ DE SERVICE

RÉSERVÉ À L'USAGE DE LES FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ INC.

Numéro du compte-client	Portefeuille	Date cote
—	—	J   J   M   M   A   A

**Objet du dossier**

Services financiers de placement, d'épargne et de crédit,  
Services fiduciaires et services complémentaires.

**INFORMATION SUR L'ADHÉRENT**

<input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> DRE <input type="checkbox"/> SOCIÉTÉ <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME	NOM	PRÉNOM
NUMÉRO CIVIQUE	RUE	APPARTEMENT/BUREAU
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (OBLIGATOIRE)		DATE DE NAISSANCE (OBLIGATOIRE)
TÉLÉPHONE À LA RÉSIDENCE		TÉLÉPHONE MOBILE
TÉLÉAVERTISSEUR		LANGUE DE CORRESPONDANCE
FONCTION		SECTEUR D'ACTIVITÉS
NOM ET ADRESSE DU LIEU PRINCIPAL DE TRAVAIL		
CODE POSTAL		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL
POSTE		

**INFORMATION SUR LE CO-DÉTENTEUR - remplir cette section s'il y a lieu**

<input type="checkbox"/> CONJOINT-COTISANT <input type="checkbox"/> CO-DÉTENTEUR <input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISER) :	<input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> DRE <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME
NOM	PRÉNOM
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (OBLIGATOIRE)	
DATE DE NAISSANCE (OBLIGATOIRE)	

**INFORMATION OBLIGATOIRE SUR L'ADHÉRENT - conformément aux lois sur les valeurs mobilières**

RÉFÉRENCE INSTITUTION FINANCIÈRE DE L'ADHÉRENT	NOM DE L'INSTITUTION
	NUMÉRO INSTITUTION - TRANSIT
	NUMÉRO DE COMPTE

**OBJECTIFS DE PLACEMENT :** Les lois applicables aux valeurs mobilières exigent que nous connaissions les besoins et les objectifs de placement généraux des acheteurs, avant d'exécuter un ordre d'achat. Ces renseignements sont strictement confidentiels.

Mode d'établissement du premier contact	Objectif(s) de placement	Degré de connaissance en matière d'investissement	Revenu annuel brut (\$)	Avoir net approximatif (\$)
<input type="checkbox"/> publicité <input type="checkbox"/> rencontre personnelle <input type="checkbox"/> recommandation <input type="checkbox"/> appel téléphonique <input type="checkbox"/> visite au bureau <input type="checkbox"/> conférence	<input type="checkbox"/> revenu seulement <input type="checkbox"/> revenu et croissance du capital <input type="checkbox"/> croissance du capital à court terme <input type="checkbox"/> croissance du capital à long terme	<input type="checkbox"/> aucun <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> bon <input type="checkbox"/> élevé	<input type="checkbox"/> moins de 24 999 <input type="checkbox"/> de 25 000 à 49 999 <input type="checkbox"/> de 50 000 à 99 999 <input type="checkbox"/> 100 000 et plus	<input type="checkbox"/> moins de 24 999 <input type="checkbox"/> de 25 000 à 49 999 <input type="checkbox"/> de 50 000 à 99 999 <input type="checkbox"/> de 100 000 à 499 999 <input type="checkbox"/> 500 000 et plus

**GENRE DE COMPTE :**

NON-ENREGISTRÉ  CELI  REER  REER AU CONJOINT  CRI  FERR  FRV  REEE  REEI  \_\_\_\_\_

J'adhère à titre de :

<input type="checkbox"/> médecin omnipraticien, membre de la FMOQ <input type="checkbox"/> société incorporée pour ma pratique professionnelle <input type="checkbox"/> époux ou conjoint de fait d'un médecin omnipraticien, membre de la FMOQ <input type="checkbox"/> enfant majeur d'un médecin omnipraticien, membre de la FMOQ <input type="checkbox"/> employé ou autre référé par D' _____	<input type="checkbox"/> membre d'un organisme de professionnels de la santé, autre que la FMOQ ou l'AOQ (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> autre personne acceptée par Société de gérance des Fonds FMOQ inc. <input type="checkbox"/> société (précisez) : _____
<input type="checkbox"/> optométriste, membre de l'AOQ <input type="checkbox"/> société incorporée pour ma pratique professionnelle <input type="checkbox"/> époux ou conjoint de fait d'un optométriste, membre de l'AOQ <input type="checkbox"/> enfant majeur d'un optométriste, membre de l'AOQ <input type="checkbox"/> employé ou autre référé par un membre de l'AOQ	1- demande l'ouverture d'un compte de valeurs mobilières auprès de la société Les Fonds d'investissement FMOQ inc., courtier en épargne collective; 2- reconnais que la société Les Fonds d'investissement FMOQ inc. peut recevoir des commissions de référence pour la vente de certains produits.

**SIGNATURES**

NOM DU REPRÉSENTANT	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT	NUMÉRO DU REPRÉSENTANT
		7769-
<p>Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets sous tous les rapports. Je comprends que je suis la seule personne autorisée à effectuer des transactions dans ce compte.</p>		
J   J   M   M   A   A	X	X
Date	Signature de l'adhérent au compte	Signature du co-détenteur au compte
Les Fonds d'investissement FMOQ inc. (signature du dirigeant)		

**CONTINUITÉ DE SERVICE**

Afin d'assurer la continuité du service pour mes fonds d'investissement, veuillez considérer cet avis comme mon autorisation à changer de courtier pour tous mes comptes, soit :

De : _____	No du cabinet	À : <b>Les Fonds d'investissement FMOQ inc.</b>	<b>7769</b>
Nom du courtier		Nom du courtier	Code Fundserv
De : _____	No du représentant	À : _____	No du représentant
Nom du représentant			
J   J   M   M   A   A	X	X	
Date	Signature de l'adhérent au compte	Signature du co-détenteur au compte	

**SIGNATURE GARANTIE ET AUTORISÉE  
GUARANTEED AND AUTHORIZED SIGNATURE**

**Les Fonds d'investissement FMOQ inc.**