

Formulaire d’inscription (*form also available in English*) **FORMATION COMMERCE INTERNATIONAL DESJARDINS**

**Formation aux douanes américaines**

|  |
| --- |
| **Coordonnées** |
| **Veuillez remplir un formulaire par participant**Numéro de membre\* [ ]  Non-membre\* Votre numéro de membre est nécessaire pour bénéficier du tarif membre |
| [ ]  M. [ ]  Mme Prénom : | Nom : |
| Fonction : | Entreprise : |
| Adresse : | Site Web : |
| Ville : | Province : |
| Code postal : | Courriel : |
| Téléphone : | Cellulaire : |
| Numéro de passeport : |  |
| Votre numéro d’entreprise du Québec (NEQ) : Si vous ne le connaissez pas, consultez le registre des entreprises : <http://www.registreentreprises.gouv.qc.ca/fr/a_propos/neq/> |
| Personne à contacter en cas d’urgence [ ]  M. [ ]  Mme Nom : |
| Téléphone 1 : Téléphone 2 : |
| **Frais d’inscription** |
| **Membre ‒ Chambre de commerce du Montréal métropolitain**  | **Non-membre ‒ Chambre de commerce du Montréal métropolitain** |
| [ ]  195 $ | [ ]  285 $ |
| **Membre - Chambre de commerce de l’Est de Montréal** [ ]  195 $ |
| **Paiement** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  American Express [ ]  MasterCard [ ]  Visa [ ]  Chèque\* |  |
| Numéro de la carte : | Date d’expiration (mm/aa) : |
| Titulaire de la carte : | Cryptogramme visuel (CVV) : |
| Signature : | Les 3 chiffres situés au verso de votre carte de crédit à droite de la signature. Sur les cartes American Express, les 4 chiffres situés au recto de la carte, en haut à droite. |
| \* Tout achat de 1000 $ ou moins doit être acquitté par carte de crédit. Pour tout achat de 1000 $ ou plus, carte de crédit acceptée ou chèque à l’ordre de :World Trade Centre Montréal, 380, rue St-Antoine Ouest, bureau 6000, Montréal (Québec) H2Y 3X7 |

**À retourner par courriel à :**  **Pour plus d’information :**

**abreton@ccmm.ca** 514 871-4002, poste 6212

**Participants du Québec :** Le coût de la mission commerciale peut constituer une dépense de formation admissible en vertu de la Loi 90 favorisant le développement de la formation de la main-d’œuvre.

**Politique d’annulation :** Les annulations reçues avant le 26 mai 2020 seront assujetties à des frais d’administration de 10 % (plus taxes). Les annulations reçues après cette date ne seront pas remboursées.

**Politique de paiement :** Le paiement final doit être reçu avant le 26 mai 2020.

**Limitation des responsabilités :** Le participant de même que la société qu’il représente dégagent la Chambre de commerce du Montréal métropolitain de toute responsabilité et renoncent à tout recours, à toute revendication ou à toute action judiciaire de quelque nature que ce soit, de problèmes avec les autorités policières ou judiciaires ou de poursuites judiciaires résultant d’une déclaration, d’une action ou d’un comportement, de quelque nature que ce soit, commis par le participant avant, pendant ou après la présente mission.La Chambre de commerce du Montréal métropolitain ne peut être considérée en défaut dans l’exécution de ses obligations advenant que telle exécution soit retardée, retenue ou empêchée par suite de force majeure. La force majeure est toute cause ne dépendant pas de la volonté des parties aux présentes, qu’elles n’ont pu raisonnablement avoir prévue et contre laquelle elles n’ont pu se protéger, y compris, mais sans s’y limiter, tout cas fortuit, grève, arrêt partiel ou complet de travail, lock-out, incendie, désastre naturel, émeute, intervention par les autorités civiles ou militaires, acquiescement aux règlements ou aux ordonnances de toutes autorités gouvernementales et faits de guerre (déclarée ou non).

**Étant donné que les informations recueillies dans le présent profil du participant sont destinées à nos partenaires, nous vous demandons de répondre aux questions suivantes en ANGLAIS.**

##### **A. Enterprise information**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | Address: |  |
| Organization: |  | City: |  |
| Title: |  | Postal code: |  |
| Date of birth: |  | Citizenship: |  |
| Phone: |  | Fax:  |  |
| Web site: | E-mail: |  |
| Person to contact in case of emergency:  | Name: | Phone 1: |
| Family ties: | Phone 2: |
| **Participant passport number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and expiration date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Date of birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nationality: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

##### **B. Enterprise profile**

|  |
| --- |
| 1. Describe your business: |
| 2. What products or services do you currently export (or want to export) to the US?   |
| 3. What type of organization do you represent?* A private company
* A government agency or ministry
* An association
* An economic development agency (SADC, CLD, etc.)
* An academic institution
* Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| 4. In terms of number of employees, how large is your organization?* 1 to 29
* 30 to 99
* 100 to 499
* 500 or more
 |
| 5. In terms of annual revenues, how large is your organization?* Less than $500,000
* From $500,000 to $5 million
* 5 to 25 million
* 25 to 50 million
* over 50 million
* Not applicable
 |
| 6. What percentage of your organization’s activities is related to exporting? |
| * 0%
* 1% to 10%
* 11% to 25%
* 26% to 50%
* 50% or more
 |
| 7. Where do you currently export? |
| * United States (what percentage? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Central America and the Caribbean
* South America
* Western Europe
* Eastern and Central Europe
* Oceania
* Asia
* Middle East
* Africa
* Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 8. Are you certified C-TPAT?* Yes
* No

If not, within how many months would you like to obtain this certification? * 3 months
* 6 months
* 1 year
 |
| 9. What would you like to learn more about?* Incorporating a company in the U.S.
* Getting our employees across the border
* Product liability and insurance questions
* Finding U.S. customers
* Shipping any products out of the U.S.
* Financing a U.S. operation
* Distribution services
* Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 10. What other questions would you like to have answered? |