

**1 RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE**

N° d'identification ministériel (NIM)		N° client FADQ		N° d'entreprise du Québec (NEQ)	
Nom ou raison sociale				N° de téléphone (résidence)	
Courriel de l'entreprise				N° de téléphone (cellulaire)	
Adresse du lieu de production (n°, rue ou rang)		Municipalité	Code postal	N° de téléphone (autre)	
Adresse de correspondance (n°, rue ou rang), si différente		Municipalité	Code postal	N° de télécopieur	

**2 CONSENTEMENT À LA DIVULGATION**

La Financière agricole du Québec, de concert avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ), a élaboré le Programme de soutien aux éleveurs pour l'éradication de la maladie débilitante chronique (MDC) des cervidés.

À titre d'administrateur du programme, La Financière agricole doit recueillir l'ensemble des informations nécessaires à l'étude de votre demande de participation dont des renseignements personnels et confidentiels. Or, considérant que le MAPAQ a octroyé une subvention pour le financement du programme et dans une optique d'une saine gestion du programme, en partenariat avec celui-ci, des renseignements personnels et confidentiels devront leur être communiqués dont l'identification complète de votre entreprise, ainsi que les montants versés, le cas échéant.

Dans le cadre de ma participation au programme, je soussigné(e), \_\_\_\_\_ en mon nom personnel ou en qualité de répondant dûment autorisé de l'entreprise agricole identifié au point 1 de ce formulaire, autorise La Financière agricole à communiquer au MAPAQ, les renseignements mentionnés ci-dessus. Ce consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation de ces fins.

Signature du représentant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Aux fins de l'étude de mon admissibilité et de ma participation au programme, j'autorise le MAPAQ à fournir à la FADQ l'avis d'ordonnance de mesures sanitaires émise, dans mon élevage, par celui-ci en vertu de la *Loi sur la protection sanitaire des animaux* ainsi que les pièces justificatives afférentes à cette ordonnance.

Signature du représentant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**3 DÉCLARATION ET ENGAGEMENT**

Je déclare que tous les renseignements qui ont été fournis dans le cadre de la présente demande sont véridiques et complets.

Je comprends que toute aide financière versée à la suite de la présente demande pourra faire l'objet d'une vérification et m'engage à fournir, aux autorités concernées, les informations nécessaires aux fins de vérification.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant en lettres moulées

Signature du représentant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_