



FORMULAIRE DE DEMANDE POUR DOSSIERS DE CONDUITE, DE RECHERCHES ET DE RAPPORTS D'ACCIDENT

Veuillez indiquer quel genre d'information vous recherchez. Si vous ne cueillez pas vous-même ou n'organisez pas la livraison du formulaire à vous directement, veuillez signer une lettre distincte autorisant la communication de l'information recherchée.

Date de la demande		Signature	
---------------------------	--	------------------	--

DOSSIER DE CONDUITE (FRAIS DE 12,60 \$)

Nom (prénom, nom de famille)							
Date de naissance (jj/mm/aaaa)							
Numéro du permis de conduire (les six chiffres du permis de conduire du Nunavut)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						

RECHERCHES (FRAIS DE 12,10 \$)

Numéro de plaque d'immatriculation											
Numéro de l'étiquette de validation											
Numéro d'identification du véhicule	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>										
Autre											

RAPPORT D'ACCIDENT (12,10 \$)

Numéro de dossier							
Date de l'accident (jj/mm/aaaa)							
Parties impliquées							
Numéro de l'étiquette de validation	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>						

AUTORISATION À COMMUNIQUER L'INFORMATION

Send report to myself	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par la présente, j'autorise la Division des véhicules motorisés	
Nom	
Adresse postale	
Adresse courriel	

À REMPLIR PAR LA DIVISION DES VÉHICULES MOTORISÉS OU SON AGENT

Demandé par			
Date (jj/mm/aaaa)			
Nom de l'entreprise			
N° de reçu temporaire	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">Montant</td> </tr> </table>		Montant
	Montant		
Délivré par			
Signature (de l'émetteur)			



FORMULAIRE DE REMISE

Veillez indiquer le mode de paiement des factures ci-jointes :

VISA

MasterCard

AMEX (non disponible à Rankin Inlet)

Remise totale: _____

Nom du détenteur de la carte

Numéro de carte de crédit

Date d'expiration

Signature