



FORMULAIRE DE QUALIFICATION DES FOURNISSEURS

Réservé à l'usage de divisions canadiennes seulement.

Les renseignements demandés visent exclusivement l'adresse du fournisseur, à moins d'indication contraire.

Veuillez transmettre le formulaire rempli par courriel à L'ACHETEUR indiqué ci-dessous.

Les sections en bleu doivent être remplies par le représentant de L3 qui demande l'information.
(*L'acheteur doit remplir la présente section avant l'envoi du formulaire au fournisseur*.)

Nom de l'acheteur**	Téléphone de l'acheteur**	Courriel de l'acheteur**	Code de l'entreprise**	Type de fournisseur (direct, indirect ou les deux)

La section ci-dessous doit être remplie par le **fournisseur**. ** Tous les champs sont **OBLIGATOIRES** à l'exception de ceux avec la mention « optionnel ».

Nom de l'entreprise	Téléphone	Télécopieur	Site Web (optionnel)	Nombre d'employés	
Adresse du siège social	Ville	État, province ou territoire	Pays	Code postal	N° MDG existant / N° ERP existant
Adresse municipale de commande	Ville	État, province ou territoire	Pays	Code postal	N° MDG existant / N° ERP existant
Adresse municipale de paiement	Ville	État, province ou territoire	Pays	Code postal	N° MDG existant / N° ERP existant
Nom du représentant des ventes	Titre		Téléphone	Courriel	
Directeur de l'assurance de la qualité (optionnel)	Titre		Téléphone	Courriel	
Personne-ressource en commerce électronique (optionnel)	Titre		Téléphone	Courriel	

Principaux clients (références)					
N° d'identification fiscale (É.-U. seulement)	Modalités de paiement	N° DUNS de D&B (obligatoire)	Code CAGE (obligatoire)	Code SCIAN principal (obligatoire)	Type d'entreprise :
	NET 45				Fournisseur de services <input type="checkbox"/> Bureau de vente <input type="checkbox"/>
Principaux produits :				Distributeur <input type="checkbox"/>	FEO <input type="checkbox"/>

Si vous n'êtes pas un FEO, êtes-vous un distributeur autorisé? Oui Non Si oui, joindre la confirmation du fabricant. Si non, veuillez fournir une preuve que vous achetez d'un distributeur autorisé.

Est-ce que votre entreprise ou l'un de ses dirigeants a été radié ou suspendu par un organisme fédéral ou a fait l'objet d'une demande de radiation présentée par un organisme fédéral? Oui Non Votre entreprise est-elle apparentée à une entité de L3? Oui Non
 Si oui, indiquez la date de la radiation (MM/JJ/AAAA) : Si oui, décrivez la relation entre l'entité de L3 et votre entreprise; nommez les employés de L3 ou les représentants de l'entité de L3 qui font partie de cette relation.
 Si oui, indiquez le nom de l'organisme fédéral :

Catégorie d'entreprise

Les renseignements demandés ci-dessous (catégorie/taille de l'entreprise) concernent l'entreprise dans son ensemble; ils ne concernent pas une succursale.

Entreprise canadienne

****CATÉGORIE/TAILLE SELON LA SMALL BUSINESS ADMINISTRATION : (Cochez une seule case)**

Petite Grande Sans but lucratif Étrangère (non américaine) Programme Ability One
 Université traditionnellement noire/Établissement détenu par des membres de minorités Autre établissement d'enseignement

****AUTRE(S) CATÉGORIE(S) SELON LA SMALL BUSINESS ADMINISTRATION : (cochez tous les choix qui s'appliquent)**

Détenue par des femmes Détenue par des vétérans Corporation alaskaienne Petite entreprise défavorisée
 Détenue par des vétérans ayant une invalidité liée au service Détenue par une tribu indienne

****CERTIFICATION DE LA SMALL BUSINESS ADMINISTRATION :**

Entreprise certifiée par la SBA comme étant située dans une zone historiquement défavorisée

CERTIFICATION : JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE L'ENTREPRISE SUSMENTIONNÉE FAIT PARTIE DE LA CATÉGORIE SÉLECTIONNÉE. POUR LES DÉFINITIONS DES CATÉGORIES, SE REPORTER À [HTTP://WWW.SBA.GOV](http://www.sba.gov). **CONFORMÉMENT À L'ALINÉA 645(D) DU UNITED STATES CODE, TOUTE PERSONNE QUI PRÉSENTE DE MANIÈRE TROMPEUSE LA CATÉGORIE/TAILLE D'UNE ENTREPRISE AFIN D'OBTENIR UN CONTRAT DANS LE CADRE DES PROGRAMMES PRÉFÉRENTIELS ÉTABLIS EN VERTU DES ALINÉAS 8(A) OU 8(D) OU DES ARTICLES 9 OU 15 DU SMALL BUSINESS ACT OU DE TOUTE AUTRE DISPOSITION DE LA LOI FÉDÉRALE QUI RENVOIE PRÉCISÉMENT À L'ALINÉA 8(D) POUR FOURNIR LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AUX PROGRAMMES (1) SE VERRA IMPOSER UNE AMENDE, UNE PEINE D'EMPRISONNEMENT, OU LES DEUX, (2) FERA L'OBJET DE RECOURS ADMINISTRATIFS, NOTAMMENT LA SUSPENSION ET LA RADIATION, ET (3) NE POURRA PAS PARTICIPER AUX PROGRAMMES MENÉS EN VERTU DU SMALL BUSINESS ACT.

NOM DU SIGNATAIRE : (obligatoire, en caractères d'imprimerie seulement)		TITRE : (obligatoire, en caractères d'imprimerie seulement)	
SIGNATURE : (obligatoire)		DATE DE SIGNATURE : JJ/MM/AAAA (obligatoire)	

LES BONS DE COMMANDE NE SERONT PRODUITS QU'APRÈS RÉCEPTION DU PRÉSENT DOCUMENT SIGNÉ.
Formulaire de qualification des fournisseurs P502-4, rév. 1 (juin 2018)

La division doit fournir les renseignements ci-dessous si la procédure interne l'exige.

Représentations et certifications – Expiration (fournisseurs directs)	Expiration de l'évaluation de SGQ	Date d'expiration du formulaire P502-4	Signature – Approbation de qualité	Date – Approbation de qualité