



SNB - Client Authentication System

Système d'authentification du client - SNB

Part 1 - Client Registration Form	1	Première partie - inscription du client
--	---	--

*** signifie mandatory fields**

*** indique un champ obligatoire**

COMPANY / ORGANIZATION / INDIVIDUAL - COMPAGNIE / ORGANISME / PARTICULIER *	BUSINESS TYPE - TYPE D'ENTREPRISE
--	-----------------------------------

NB BUSINESS NUMBER - NUMÉRO D'ENTREPRISE
--

Accessing SNB Online?

Utiliserez-vous SNB en ligne?

COMPANY MAILING ADDRESS - ADRESSE POSTALE DE LA COMPAGNIE	
STREET - RUE *	PO - CP / RR

CHOOSE / SÉLECTIONNER:			
APT - APP.			
SUITE - BUREAU	FLOOR - ÉTAGE	PLACE NAME / CITY / TOWN - NOM DU LIEU / CITE / VILLE	
UNIT - UNITÉ		*	

PROVINCE/TERR/STATE-ÉTAT	COUNTRY - PAYS *	POSTAL CODE / ZIP - CODE POSTAL / ZIP
--------------------------	---------------------	---------------------------------------

TELEPHONE - TÉLÉPHONE * ()	FAX - TÉLÉCOPIEUR ()	EMAIL - COURRIEL *
--------------------------------	--------------------------	-----------------------

When applying to access online services, check the appropriate program. If currently a user of services please include any known identifiers
 Pour une demande d'accès aux services en ligne, cochez le programme. Les utilisateurs actuels de services doivent fournir un identificateur

PROGRAM - PROGRAMME		PROGRAM IDENTIFIER - IDENTIFICATEUR DU PROGRAMME
REGISTRY AND MAPPING SERVICES - SERVICES D'ENREGISTREMENT ET DE CARTOGRAPHIE	<input type="checkbox"/>	Client account number - No de compte du client
IRP	<input type="checkbox"/>	Carrier - transporteur
AUTO DEALER - CONCESSIONNAIRE AUTOMOBILE	<input type="checkbox"/>	Dealer - concessionnaire
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Part 1 - Client Registration Form**1****Première partie - inscription du client**

PAGE 2

Signing Officer Business Details / Coordonnées du signataire

TITLE - TITRE	FIRST NAME - PRÉNOM *	MIDDLE NAMES - SECOND PRÉNOM	LAST NAME - NOM DE FAMILLE *	DESIGNATION - DÉSIGNATION
---------------	--------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------

POSITION HELD IN COMPANY - POSTE AU SEIN DE LA COMPAGNIE	LANGUAGE PREFERENCE (E/F) LANGUE PRÉFÉRÉE (A/F)
--	--

STREET - RUE *	PO - CP / RR
-------------------	--------------

CHOOSE / SÉLECTIONNER:			
APT - APP.			
SUITE - BUREAU		FLOOR - ÉTAGE	PLACE NAME / CITY / TOWN - NOM DU LIEU / CITÉ / VILLE
UNIT - UNITÉ			*

PROVINCE/TERR/STATE-ÉTAT	COUNTRY - PAYS *	POSTAL CODE / ZIP - CODE POSTAL / ZIP
--------------------------	---------------------	---------------------------------------

TELEPHONE - TÉLÉPHONE * ()	FAX - TÉLÉCOPIEUR ()	EMAIL - COURRIEL *
--------------------------------	--------------------------	-----------------------

This Application Form, if accepted by Service New Brunswick, forms part of an Agreement between the Organization named above and Service New Brunswick, and must be read in conjunction with the terms and conditions, including the Standard Terms and Conditions, included in this package.

I certify that the information I have provided is true and correct. I acknowledge that Service New Brunswick reserves the right to reject this Application Form and to deny the Organization and any named individual access to its Databases.

I certify that I have the required authority to bind this Organization.

Le présent formulaire, s'il est accepté par Services Nouveau-Brunswick, constitue une partie d'une entente entre l'organisme mentionné ci-haut et Services Nouveau-Brunswick et doit être lu conjointement avec les modalités et conditions, y compris les conditions générales standard incluses dans la présente documentation.

J'atteste que les renseignements que j'ai fournis sont justes et véridiques. Je reconnais que Services Nouveau-Brunswick réserve le droit de rejeter cette demande et de refuser à l'organisme et à tout particulier nommé l'accès à sa base de données.

J'atteste détenir les pouvoirs nécessaires d'engager cet organisme.

X

 Signing Officer - signataire autorisé

Signature must be in blue ink / Signer à l'encre bleue

 Date

Mail to: Service New Brunswick - Client Authentication, PO Box 1998, 985 College Hill Road, Fredericton, NB E3B 5G4

Postez à : Services Nouveau-Brunswick - Authentification du client CP 1998, 985, Chemin College Hill Fredericton NB E3B 5G4