

Après avoir obtenu toutes les signatures nécessaires, veuillez envoyer le formulaire rempli à fundopening.finserv@mcgill.ca

LISTE DE VÉRIFICATION (aucun formulaire incomplet ne sera approuvé)

- TOUS les champs de ce questionnaire ont été remplis (pages 1 et 2).
- Toute question portant sur la taxe de vente a été soumise à la boîte de courriel Info Tax
- Le formulaire a été signé par le ou la gestionnaire financier(-ière) du fonds (page 2).
- La partie Budget estimé est remplie. L'agent(e) financier(-ière) de la faculté (ou l'équivalent)/l'équipe des Services financiers a signé le formulaire (p. 2).
- La personne responsable a approuvé la demande et signé le présent formulaire (page 2).
- La circulaire ou la brochure de la conférence est jointe au présent formulaire.
- Tous les documents relatifs aux commandites, s'il y a lieu (lettres d'intention, courriels, etc.), sont joints au présent formulaire. Le
- Le fonds de garantie (qui absorbera aussi l'excédent) a été déterminé.
- J'ai lu les [lignes directrices sur la demande de nouveau fonds](#).

RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA GESTIONNAIRE FINANCIER -IÈRE)

Matricule Prénom, Nom

Titre du poste Code ORG Org./unité

Permettre la délégation de rectifications aux opérations de paie passées? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LE NOUVEAU FONDS

Veuillez proposer un nom pour le fonds (35 caractères maximum)

Début du fonds AAA-MM-JJ Fin du fonds AAAA-MM-JJ

RENSEIGNEMENTS SUR LA CONFÉRENCE, LE SÉMINAIRE OU L'ACTIVITÉ

Titre de la conférence

Objectif
(Indiquer tout autre renseignement à la page 3)

Participation prévue Communauté mcgilloise Tierces parties Les deux

Des frais d'inscription seront-ils exigés? Oui Non

Si Non, quelle est votre source de financement?
(Indiquer tout autre renseignement à la page 3.) Les documents relatifs aux commandites, s'il y a lieu, doivent être joints au présent formulaire.

Une entité externe absorbera-t-elle l'excédent ou le déficit entraîné par la conférence? Oui Non

Si Oui, indiquer l'entité externe à laquelle l'excédent ou le déficit sera transféré *(tout autre renseignement peut être fourni à la page 3.)*

À l'usage exclusif des Services financiers

Numéro du fonds		Code de programme	
Type de fonds		Gravité (vérification du budget)	
Prédécesseur du fonds		Budget en cas de revenu	
Code de l'organisation		Approuvé par/date	

BUDGET ESTIMÉ*Revenues externes*Ventes de produits/services Frais d'inscription Dons *Revenues internes*Remboursement internet Transferts internes*

* Ils ne peuvent pas provenir de subventions ni de contrats de recherche (fonds de type 2F/2M).

Revenu TOTAUX *Dépenses*Matériel et fournitures Réparation et entretien Équipement Location d'espace Services publics Salaires/avantages sociaux Honoraires professionnels Frais de déplacement Services contractuels Aide financière aux étudiant(e)s (bourses, prix) Autre (veuillez préciser) Autre (montant) **Dépenses TOTALES** **Excédent net (aucun déficit n'est admissible)** **SIGNATURES/APPROBATIONS**

Je certifie que le fonds sera utilisé aux fins décrites ci-dessus, que j'ai lu le document « [Sales Tax Assessment Matrix on Domestic Conventions](#) » publié sur le site Web des Services financiers et que j'ai soumis toute question pertinente à la boîte de courriel [Info Tax](#). Je reconnais qu'à titre de gestionnaire financier(-ière) du fonds, je suis responsable de celui-ci, selon les dispositions de la [Politique relative aux gestionnaires de fonds](#).

Signature du (de la) gestionnaire financier(-ière) _____ Date (AAAA-MM-JJ)

Nom en caractères d'imprimerie _____

Signature de l'agent(e) financier(-ière) de la faculté (ou l'équivalent)/l'équipe des Services financiers _____ Date (AAAA-MM-JJ)

Nom en caractères d'imprimerie _____

APPROBATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE

Numéro du fonds

Confirmer le numéro du fonds de garantie pour cette activité (fonds de fonctionnement 1A de préférence)

Je certifie que le fonds indiqué ci-dessus pourra être utilisé aux fins décrites. Je comprends que le déficit, s'il y a lieu, sera imputé à ce fonds.

Signature du (de la) président(e)/doyen(ne)/directeur(-trice) _____ Date (AAAA-MM-JJ)

Nom en caractères d'imprimerie _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) DEMANDEUR(-EUSE) (en cas de questions au sujet de la présente demande)

Nom

Courriel Téléphone:

*Autres
renseignements*