

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).

Les documents justificatifs (contrat signé, lettre d'entente, courriel de confirmation, etc.) sont joints à ce formulaire.

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 AAAA-MM-JJ Fin du fonds AAAA-MM-JJ

DIVERS

Si vous comptez facturer les produits ou les services, veuillez utiliser le Formulaire de demande de nouveau fonds – Consultation/plateforme technologique et de recherche.

Quelle est votre source de financement? Transfert au sein du département Autre Numéro du fonds

Transfert au sein du département : veuillez fournir le numéro du fonds à partir duquel le transfert sera effectué.

Remarque: Il ne peut pas s'agir d'une subvention ni d'un contrat de recherche (fonds de type 2F/2M).

Autre : quelle est votre source de financement? (Indiquer tout autre renseignement à la page 3)

De quel type seront les activités financées? (Indiquer tout autre renseignement à la page 3)

Quelles activités ou fonctions seront financées à l'aide de votre excédent net?

Activités générales d'une unité Activités de recherche d'une unité Activités de recherche d'un(e) professeur(e) Autre

Autre : veuillez préciser (indiquer tout autre renseignement à la page 3)

À l'usage exclusif des Services financiers

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

BUDGET ESTIMÉ**Revenus externes**

Ventes de produits/services

Frais d'inscription

Dons

Revenus internes

Remboursement interne

Transferts internes

Revenus 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*