AUTORITÉ DES MARCHÉS PUBLICS | TRANSPARENCE ÉQUITÉ SAINE CONCURRENCE

DEMANDE DE NON-RENOUVELLEMENT D'AUTORISATION

1. Identification de l'entreprise

Nom complet de l'entreprise

Numéro de client à l'AMP

2. Contrats en cours

Avez-vous des contrats en cours nécessitant une autorisation de contracter ?

☐ Oui ☐ Non

3. Signature

- Je déclare avoir lu et compris les questions et les énoncés de la présente demande.
- Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets.
- J'autorise l'AMP à transmettre les renseignements obtenus à ses partenaires afin que ceux ci effectuent les vérifications nécessaires pour que l'AMP puisse examiner l'intégrité de l'entreprise visée par la présente demande, le tout en application de la LCOP.
- Je comprends que toute déclaration fausse ou trompeuse constitue une infraction prévue à l'article 27.5 de la LCOP.

Nom complet de la personne répondante | Signature | Date (aaaa/mm/jj)

4. Transmission

Transmettez ce formulaire par courriel : autorisation@amp.quebec

Même si nous recevons votre demande de non-renouvellement à l'avance, votre autorisation de contracter restera valide jusqu'à sa date d'échéance.

Pour toute question, contactez-nous au 1 888 335-5550.