

PRODUITS DE PLACEMENT

Service REER collectif pro-dentaire – Formulaire de retenues salariales

Pour obtenir des conseils en planification de placement ou de l'aide pour remplir le présent formulaire, appelez le :
CDSPI Services consultatifs Inc. 1.800.561.9401 ou 416.296.9401 ou écrivez à cdspi@cdspi.com

Veillez retourner le présent formulaire dûment rempli au :
CDSPI, 2005 Sheppard Ave East, Suite 500, Toronto (ON) M2J 5B4

AUX DENTISTES : Le service REER collectif pro-dentaire vous propose un moyen facile et pratique d'aider votre personnel à épargner en vue de la retraite. Pour cotiser au compte RER d'un employé ou aux comptes RER de plusieurs employés, veuillez remplir le présent formulaire et le retourner par courrier ordinaire, accompagné d'un chèque payable à l'ordre du CDSPI.

Contrat de rente établi par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

SECTION 1 Renseignements sur le dentiste employeur

A. Nom du dentiste employeur (en caractère d'imprimerie)

Dr _____
 Prénom _____ Initiale _____
 Nom de famille _____

B. Raison sociale (le cas échéant) :

_____ N° de téléphone (bureau) _____ N° de télécopieur (bureau) _____

SECTION 2 Renseignements sur les employés et les dépôts

NOM DE L'EMPLOYÉ	N° DE COMPTE RER DE L'EMPLOYÉ	COTISATION DE L'EMPLOYÉ	COTISATION DE L'EMPLOYEUR (LE CAS ÉCHÉANT)	COTISATION TOTALE
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Montant total du chèque : \$

SECTION 3 Renseignements sur le paiement

Un chèque payable à l'ordre du CDSPI est joint.

NOTA : Veuillez envoyer au CDSPI le présent formulaire dûment rempli accompagné d'un chèque représentant le dépôt total chaque fois que vous désirez qu'un dépôt RER par retenue salariale soit traité. Veuillez allouer suffisamment de temps pour que le CDSPI puisse recevoir le chèque. Le dépôt sera traité le jour qui correspond à la date indiquée sur le chèque.

SECTION 4 Autorisation (signée et datée par le dentiste)

Signature du dentiste _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 Date (JJ/MM/AAAA)

SECTION 5 Coordonnées de la personne à contacter (advenant qu'un représentant du CDSPI ait des questions concernant la présente demande)

Nom de la personne à contacter au cabinet dentaire _____

N° de téléphone _____