|  |
| --- |
| **Indentification Du Fournisseur / Supplier Identification** |

**Nom complet de l’entreprise / Full company name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse / Address : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom de Contact / Contact Name : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro Telephone / Phone Number : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   
Courriel / Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Site Web / Website : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Années de Services / Years in service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Faites-vous présentement affaire dans l’industrie Aerospatiale ? Oui / Yes Non / No**

**Si oui, avec quelles compagnies? / If yes, which companies?**

|  |
| --- |
|  |

**VOUS ÊTES / YOU ARE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Fournisseur de services  Service Provider |  | Bureau de vente  Sales Office |  | Entité gouvernementale Govt. Entity (Fed./Prov) | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
|  | Consultant  Consultant |  | Manufacturier d'origine  OEM |  | Courtier / Broker |  | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
|  | Distributeur Autorisé  Authorized Dealer |  | Distributeur / Dealer |  | Manufacturier/Manufacture |  | |

**TYPE DE PRODUITS OU SERVICES / TYPE OF PRODUCTS OR SERVICE :**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Si vous êtes une entreprise canadienne, faites-vous des affaires aux États-Unis?  
Oui   
 Non   
If you are a Canadian company do you do business in the USA? Yes   
 No**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Avez-vous un contrat en cours avec le Gouvernement Canadien? Oui   
 Non**

**Do you have any agreement in force with Canadian Government** **Yes   
 No**

**Faites-vous partie du programme/Are you part of these programs - IRB et/and ITB obligations**

☐ Petite Entreprise / Small Business (<250)

☐ Moyenne Entreprise / Medium Business (≥ 250 & <500)

☐ Grande Entreprise / Large Business / (≥ 500)

☐ Institution postsecondaire et Universitaire / Post-Secondary Institution

☐ Institution postsecondaire et Universitaire Autochtone / Indigenous Post-Secondary Institution

☐ À but non-lucratif / Non-profit

☐ Compagnie appartenant à un groupe sous-représenté / Under-Represented owned company

☐ Programme des marchandises contrôlées / Controlled goods program

☐ Compagnie appartenant à des étrangers (Non-US) / Foreign-Owned (Non-US)

☐ Programme Ability One / Ability One Program

☐ Université traditionnellement noire / Institution au services des minorités / HBCU / Minority Serving Institution

☐ Autre institution éducationnelle / Other Educational Institution

☐ Compagnie de propriété féminine – Women owned Company

☐ Compagnie appartenant à un vétéran / Veteran owned company

☐ Compagnie appartenant à un vétéran invalide / Service Disabled Veteran owned company

☐ Compagnie appartenant à un Autochtone de l’Alaska / Alaskan Native Corporation

☐ Compagnie de propriété Autochtone / Autochtone Owned Company

☐ Petite Entreprise désavantagée / Small Disadvantaged Business

☐ Certification HubZone / HUBZone Certification

**Avez-vous une assurance responsabilité civile générale des entreprises et une assurance responsabilité civile du fait des produits aéronautiques pour les fournisseurs de produits/services aéronautiques ?**

**Do you have Commercial General Liability insurance coverage and Aviation Product Liability for suppliers of Aeronautical Products/Services?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui  Yes** |  | **Non  No** **Montant / Amount** |  |  |

­

**Autres informations / Other information : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**