

Nom du Proposant:

Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exercice financier précédent attribuable aux types de placements suivants:

| | | | |
|--|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Cadres/Dirigeants | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Médecins/Infirmières | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Ingénieurs/Architectes | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Professionnels agréés** | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Clérical/Bureau | <input type="text"/> | Pourcentage | TOTAL devrait être 100% |
| Industriel léger | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Operateurs de machines | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Conducteurs de camions - grand routier | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Conducteurs de camions - courte distance | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Techniciens de recherche/de laboratoire | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Ouvriers** | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Autre | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Décrire | | Pourcentage | |

**** S'il vous plaît décrire:**

Fournir le pourcentage de revenu brut de votre entreprise de la dernière période d'exercice financier précédent attribuable aux suivants:

| | | | |
|----------------------|----------------------|-------------|--------------------------------|
| Placement permanent | <input type="text"/> | Pourcentage | |
| Placement temporaire | <input type="text"/> | Pourcentage | TOTAL devrait être 100% |

Est-ce que plus de 50% de vos total facturations brutes pour une année quelconque, dérivé d'un seul client ou contrat? Oui Non

Si oui, s'il vous plaît fournir:

Nom du client

Services rendus

Combien de temps, vous attendez-vous cette relation se poursuive?

Fournissez-vous les vérifications des antécédents appropriées de tous les personnels potentiels avant le placement?

Oui Non

Payez-vous le salaire des placements temporaires?

Oui Non

Si oui, êtes-vous tenu de payer les prestations ainsi que l'indemnisation des accidentés du travail?

Oui Non

Si oui, s'il vous plaît décrire

Combien de temps conservez-vous les renseignements/documentations de vos clients dans vos dossiers?

Ans

Imprime votre nom et titre

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE: