



N° de réclamation : \_\_\_\_\_

Date reçue par DR/CD : \_\_\_\_\_

ACD-12-24-ISR01

**PROGRAMME 2024 DE SIGNALISATION CENTRE DE SERVICE PROFESSIONNEL ACDelco**  
**Date limite : 31 décembre 2024**

Nom de l'entreprise :		Numéro CSP :	
Adresse :		Ville :	
Province :	Code postal :	Courriel :	
Nom et code du distributeur ACDelco commanditaire :			

**ENTENTE DE PARTICIPATION**

En signant ce formulaire je choisis de participer au programme de signalisation ACDelco CSP 2024 et j'ai rempli toutes les obligations et conditions applicables aux membres des niveaux 3, 4 et 5 du programme Centre de service professionnel ACDelco, telles que décrites dans le programme de signalisation ACDelco CSP 2024. Je comprends qu'il faut soumettre les demandes au plus tard le **31 décembre 2024** et que je recevrai un maximum de 50 % du coût net pour l'enseigne commerciale d'extérieur jusqu'à concurrence du montant auquel je suis admissible pour l'année 2024. Je comprends également que je dois soumettre la documentation nécessaire correspondant à l'enseigne achetée, conformément aux directives.

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ**

Les déclarations ci-dessus sont exactes, et l'enseigne ACDelco a été achetée au prix indiqué dans la case prévue ci-dessous. J'ai lu et attesté toutes les déclarations de conformité aux énoncés de ce formulaire et du programme de signalisation CSP ACDelco 2024. En acceptant le remboursement, je conviens de retirer l'enseigne ACDelco en cas de résiliation de mon association avec ACDelco et avec son programme Centre de service professionnel.

**À REMPLIR – détails de l'enseigne ACDelco :**

Coût net total du panneau	\$	N° de facture	
Coût net total X 50 %	\$	Date de la pose	
Fonds d'enseigne disponibles	500 \$ niveaux 3/4; 700 \$ niveau 5	Photo ci-jointe	
Montant du remboursement	\$	<b>Commentaires :</b>	

*Veillez noter : Toutes les taxes sont à la charge du demandeur. Le remboursement ne dépassera pas 50 % du coût net total de l'enseigne de façade, avant les taxes, jusqu'à concurrence de votre budget de remboursement approuvé.*

SIGNATURE AUTORISÉE DU MEMBRE CSP :	DATE:
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT ACDelco :	DATE:
MONTANT DEMANDÉ:	MONTANT APPROUVÉ :

J'ai lu et compris les règles et directives du **programme de signalisation ACDelco** et accepte de m'y conformer. J'accepte cette enseigne de publicité collective avec l'intention de l'utiliser au maximum dans le cadre du programme CSP ACDelco et je consens à retirer l'enseigne en cas de résiliation de mon association avec ACDelco. **Je comprends également que je ne suis pas admissible si j'ai déjà reçu un remboursement d'une enseigne ACDelco au cours des deux dernières années.**

**Les chefs de district doivent soumettre les formulaires avec documentation à l'appui à : Marketing collectif ACDelco, CA1-152-004.**