



**NBLASC Supplier Direct Deposit Registration Form**

**Formulaire d'inscription au dépôt direct des fournisseurs de la CSAJNB**

Please see definitions and instructions on page 2.

Supplier		Fournisseur
All fields must be complete and form signed.		Tous les champs doivent être remplis et le formulaire doit être signé.
Main	Supplier Name / nom du fournisseur	
Address / Adresse	Street Address / Adresse postale	
	PO Box / case postale	
	City and Province / Ville et province	
	Postal Code / Code postal	
Contact	Name / Nom	
	Position (if applicable) / Titre (s'il y a lieu)	
	Phone/ Téléphone	
	Email Address / Adresse courriel	

**Signing Authority / Pouvoir de signer**

I/We hereby authorize you to credit this account with any payments due from NBLASC until appropriate authority is received to indicate otherwise.

Par le présente, je/nous vous autorise/ons à porter au crédit de mon/notre compte tout paiement que la CSAJNB me/nous doit jusqu'à ce qu'un nouvel avis de l'autorité appropriée indiquant autrement soit reçu.

Signature

Date

**NBLASC office use only /**

Date Entered and Initials /

Date entrée et initiales

**À l'usage de la CSAJNB**

Date Verified and Initials /

Date vérifiée et initiales

**Start** Direct Deposit \ **Commencer** le dépôt direct

**Change** information on Direct Deposit \ **Modifier** l'information sur le dépôt direct

**Veillez consulter les définitions et instructions à la page 2.**

Banking Details	Renseignements bancaires
Please attach a "VOID" cheque OR have your <i>financial institution</i>	Veillez s'il vous plaît annexer un chèque annulé OU demander à l'institution
complete all fields below.	financière de remplir tous les champs.
Financial Institution Name / Nom de l'institution financière	
Financial Institution Address / Adresse de l'institution financière	
Beneficiary Name / Nom de bénéficiaire	
Transit Number / Numéro de transit	Bank Validation Stamp Required / Le de la banque sceau est obligatoire
Bank Identification / Numéro d'identification	
Account Number / Numéro de compte	
<p><i>The bank validation stamp certifies that the beneficiary name and information have been verified. / Le sceau de la banque certifie que le nom du bénéficiaire et les renseignements bancaires ont été vérifiés.</i></p>	
<b>Financial Institution Authorized Signature /</b>	
<b>Institution financière signataire autorisée</b>	
Date	

**Definitions and Instructions for NBLASC Supplier Direct Deposit Registration Form**

**Definitions :**

- **Legal or Corporate Name:** Record your individual/ agency/company/business name as it will appear on **your invoices**.
- **Address:** Record your full mailing address including as applicable the Street Address, PO Box, City, province and postal code as it will appear on your invoices.
- **Contact Name:** A contact name for inquiries.
- **Contact Position:** Job title of contact.
- **Contact Phone:** A contact phone number for inquiries.
- **Contact Email Address:** Email address where remittance notices and communications can be sent.

Each lawyer at a firm who would like their payments deposited into the firm bank account must complete and sign their own registration form.

Please submit completed forms to:

Mail: New Brunswick Legal Aid Services Commission  
 500 Beaverbrook Court, Suite 501  
 Fredericton NB E3B 5X4  
 Fax: (506) 462-2290  
 Email: [LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca](mailto:LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca)

For additional information, clarification or general inquiries, please email [LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca](mailto:LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca) or call (506) 444-2801. [LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca](mailto:LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca).

**Définitions et instructions pour le Formulaire d'inscription au dépôt direct des fournisseurs CSAJNB**

**Définitions :**

- **Raison sociale ou nom légal :** Inscrivez votre nom ou le nom commercial de votre organisme, compagnie ou entreprise tel qu'il apparaîtra sur vos factures.
- **Adresse :** Inscrivez votre adresse postale complète, y compris, le cas échéant, l'adresse postale, la case postale, la ville, la province et le code postal tels qu'ils apparaîtront sur vos factures.
- **Nom du contact :** Nom de la personne-ressource.
- **Position de contact :** Titre du poste de contact.
- **Téléphone du contact :** Numéro de téléphone de la personne-ressource.
- **Adresse courriel du contact :** L'adresse de courriel pour l'envoi des avis de versement et des communications.

Chaque avocat d'un cabinet qui souhaite que ses paiements soient déposés dans le compte bancaire du cabinet doit remplir et signer son propre formulaire d'inscription.

Veuillez soumettre les formulaires remplis à:

Poste: Commission des services d'aide juridique du Nouveau-Brunswick  
 500, cour Beaverbrook, bureau 501  
 Fredericton NB E3B 5X4  
 Télécopieur: (506) 462-2290  
 Courriel: [LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca](mailto:LAinvoices.facturesAJ@gnb.ca)

Pour obtenir des renseignements supplémentaires, des précisions ou des renseignements généraux, veuillez envoyer un courriel à ou composer (506) 444-2801.