| Demande de l’ECMC | | |
| --- | --- | --- |
| Renseignements sur l’ORGANISATION | | |
| Nom de l’organisation : | | |
| Adresse du siège social : | | |
| Ville : | | Province : |
| Code postal : | | Téléphone : |
| Adresse du site Web : | | Nombre d’employés : |
| L’organisation est-elle constituée en société afin de mener des activités au Canada? | | Numéro de société : |
| Renseignements sur la PERSONNE-RESSOURCE de l’organisation | | |
| Nom de la personne-ressource : | | |
| Titre de la personne-ressource : | | |
| Adresse au bureau : | | |
| Ville : | Province : | Code postal : |
| Téléphone : | Courriel : | |
| CATÉGORIE DE PARTICIPATION | | |
| Membre 1 | Associé  (sélectionnez l’une des sous-catégories suivantes)  Établissements2  Moyen3 Petit4 | Entité affiliée5 |
| 1. Entreprises comptant plus de 500 employés 2. Établissements d’enseignement ou de soins de santé 3. Entreprises comptant de 100 à 499 employés 4. Entreprises comptant moins de 99 employés 5. Associations commerciales | | |
| ÉNONCÉ DE MISSION | | |
| **L’ECMC prendra en charge le partage et l’analyse des renseignements au sujet de menaces cybernétiques dans l’ensemble des secteurs, conjointement avec d’autres stations centrales d’échange, afin de contribuer à la protection des entreprises, des gouvernements et des consommateurs canadiens et de promouvoir la prospérité économique du Canada.** | | |
| Signatures | | |
| J’autorise la vérification des renseignements fournis dans le présent formulaire. | | |
|  | | |
| Nom et titre du représentant autorisé | | |
|  | |  |
| Signature | | Date |