

--	--	--	--	--

INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT

Bénéficiaire du paiement		N° de fournisseur SAGIR
Adresse de paiement		
N° T.P.S. :	N° T.V.Q. :	

IDENTIFICATION DES PARTIES – En contexte d'adoption seulement, veuillez joindre une liste des noms et prénoms des parties à l'entente.

Nom de la partie 1	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de la partie 2	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

MÉDIATION FAMILIALE EN CONTEXTE DE SÉPARATION SEULEMENT

Les parties ont des enfants communs à charge Les parties n'ont pas d'enfants communs à charge Date
 La partie 1 La partie 2 a participé à une prémédiation auprès d'un Centre de justice de proximité Année Mois Jour
 Médiation ordonnée par le tribunal Absence pour une médiation ordonnée 50\$

N° du dossier judiciaire :

HONORAIRES SELON LA NATURE DES SERVICES RENDUS, À L'EXCEPTION DE LA SÉANCE DE PARENTALITÉ APRÈS LA RUPTURE

Veuillez noter que vous devez déposer ou remettre votre facture au plus tard dans les 12 mois suivant la dernière séance payable par le SMF.

Médiation familiale en contexte de séparation Médiation familiale en contexte d'adoption

NATURE DE LA DEMANDE	Initiale - <input type="checkbox"/> Maximum : 5 h (avec enfant commun à charge)	Révision - <input type="checkbox"/> Maximum : 2 h 30 (avec enfant commun à charge seulement)
	Initiale - <input type="checkbox"/> Maximum : 3 h (sans enfant commun à charge)	Est-ce que les parties ont recours au service pour régler un nouveau différend? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Les parties ont-elles déjà rencontré un médiateur ou une médiatrice dans le cadre de leur différend actuel? Oui Non Si oui, pour combien d'heures : _____

SÉANCES DE MÉDIATION : 110 \$/HEURE

Date des séances	Nombre d'heures par séance	Signature des parties	Séance à distance
Année Mois Jour	h min.	<i>J'atteste par ma signature que les renseignements fournis ci-dessous sont exacts et que les services m'ont été rendus.</i>	
_____	_____ : _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____ : _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____ : _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____ : _____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____ : _____	_____	<input type="checkbox"/>

Temps total consacré au travail effectué hors séance (ex. : résumé des ententes) : _____ : _____

TOTAL DES HEURES : _____ x 110 \$ = _____ \$ + T.P.S. (5 %) = _____ \$ + T.V.Q. (9,975 %) = _____ \$
 TOTAL AVEC TAXES : _____ \$

HONORAIRES POUR LA SÉANCE DE PARENTALITÉ APRÈS LA RUPTURE : 225 \$ par médiateur

Palais de justice	Année Mois Jour
Date de la séance	Année Mois Jour

À LA LUMIÈRE DES INFORMATIONS REÇUES DU MÉDIATEUR OU DE LA MÉDIATRICE, J'ACCEPTÉ D'ÊTRE CONTACTÉ(E) POUR PARTICIPER À UN SONDAGE SUR LES SERVICES REÇUS.

Partie 1 : Courriel : _____ Signature : _____
 Partie 2 : Courriel : _____ Signature : _____

SIGNATURE DU MÉDIATEUR OU DE LA MÉDIATRICE

DATE	Année Mois Jour	J'atteste que j'ai vérifié l'admissibilité des parties au programme, que j'ai donné les services mentionnés ci-dessus et que mes honoraires concernant ces services sont conformes au tarif.
-------------	-----------------------	--

Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature
----------------------------------	-----------