

DEMANDE DE

DEMANDE DE TRADUCTION/RÉVISION

DE DOCUMENTS CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

Ce formulaire doit être dûment rempli pour le traitement de la demande et retourné par courriel à l’adresse suivante : **06 CEMTL TRADUCTION**.

N. B. : les données nominatives doivent être retirées avant la traduction.

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande |  |
| Date souhaitée de réception de la traduction |  |
|  |  |
| COORDONNÉES DU DEMANDEUR | |
| Prénom et nom |  |
| Nom de la direction |  |
| Nom du service |  |
| Nom de l’installation |  |
| Adresse de l’installation |  |
| No téléphone du demandeur |  |
|  |  |
| BUDGET | |
| Centre de coûts (imputation des frais) |  |
|  |  |
| SERVICE DEMANDÉ | |
| Type de service demandé (cochez une case) | **Traduction**  Action de transposer un texte d’une langue dans une autre en transmettant le plus fidèlement possible le message original. |
| **Révision**  Action de comparer une traduction avec le texte original et de lui apporter les améliorations requises. |
| Nom du fichier électronique à traduire  **Fournir la version Word du document** |  |
| Langue de départ (d’origine) |  |
| Langue d’arrivée (demandée) |  |
|  |  |
| APERÇU DES COÛTS | |
| **TRADUCTION** : 140 mots ou moins, le tarif minimum de 35 $ s’applique. Plus de 140 mots, le tarif est de 0,25 $/mot. Des frais de gestion de 14 % + TPS + TVQ s’appliquent. Le coût peut être plus élevé si des travaux particuliers sont requis.  **RÉVISION** : Montant forfaitaire à déterminer. Des frais de gestion de 14 % + TPS + TVQ s’appliquent. Le coût peut être plus élevé si des travaux particuliers sont requis. | |
|  |  |
| APPROBATION/SIGNATURE | |
|  |  |
|  |  |
| Signature du demandeur  (inscrire prénom et nom en lettres moulées) | Signature du gestionnaire  (inscrire prénom et nom en lettres moulées) |
| Date : | Date : |

Mise à jour : 20 février 2019