



# OFFICE OF ADMINISTRATIVE TRIALS AND HEARINGS

## Hearings Division

### AUTORISATION DE COMPARUTION POUR UN REPRÉSENTANT ENREGISTRÉ OU UN AVOCAT

- Pour qu'un Représentant Enregistré ou un avocat puisse comparaître à la Division des Audiences de l'OATH en votre nom, vous devez lui fournir une copie complétée de ce formulaire.
- Veuillez répondre à toutes les questions dans l'espace prévu à cet effet.
- Vous et le Représentant Enregistré ou l'avocat devez chacun conserver une copie du formulaire complété pour vos archives.
- L'OATH n'approuve ni ne certifie aucun Représentant Enregistré ni aucun avocat.

#### Informations sur les avis ou convocation(s)

Nom du défendeur tel qu'il figure sur l'avis ou la / les convocation(s) : \_\_\_\_\_

Numéro de CAMIS, Docket ou licence TLC du défendeur (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

J'autorise le Représentant Enregistré / l'avocat à comparaître pour [cocher une réponse] :

Avis / convocation numéro(s) : \_\_\_\_\_

Si vous avez besoin de plus de place, veuillez joindre une liste des numéros d'avis / de convocation.  
Veuillez indiquer le nombre total d'avis / de convocations : \_\_\_\_\_

Tous les avis / convocations émis au nom du défendeur. La présente autorisation **reste en vigueur pendant deux ans à compter de la date de votre signature**, à moins que vous ne notifiez la Division des Audiences de l'OATH par écrit que le Représentant Enregistré ou l'avocat n'est plus autorisé à représenter le défendeur.

#### Informations sur la personne autorisant le Représentant Enregistré ou l'Avocat à comparaître

Votre nom : \_\_\_\_\_

Votre adresse postale : \_\_\_\_\_ Ville, État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Êtes-vous le Défendeur mentionné l'avis ou la / les convocation(s) ?  OUI  NON

Si vous n'êtes pas le Défendeur mentionné, veuillez cocher la case qui décrit au mieux votre identité :

Propriétaire du bien / de l'entreprise  Agent général/gérant (ou employé)  Employé du défendeur

Partenaire / cadre de la société défenderesse  Autre (ami, parent, etc.), veuillez décrire \_\_\_\_\_

#### Information sur le Représentant Enregistré ou l'Avocat

(à fournir par le Représentant Enregistré ou l'Avocat)

Nom du Représentant Enregistré ou de l'Avocat : \_\_\_\_\_

Adresse postale de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Ville, État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

#### AVIS D'AUTORISATION

La personne autorisant le Représentant Enregistré ou l'Avocat doit cocher la case correspondante située face à chaque question

Je, sous-signé(e) [votre nom] \_\_\_\_\_, confirme par la présente que [Représentant Enregistré ou Avocat] \_\_\_\_\_ m'a informé de ce qui suit :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1) Que le Représentant Enregistré ou l'avocat n'est pas un employé de l'OATH.   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2) Que s'il s'agit d'un Représentant Enregistré, ce dernier ne s'est pas représenté lui-même en tant qu'avocat.               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3) Que le défendeur peut comparaître devant la Division des Audiences de l'OATH sans un Représentant Enregistré ou un Avocat. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4) Quelle est la sanction potentielle pour le(s) chef(s) d'accusation si le défendeur est reconnu coupable d'infraction.      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5) Que le / les avis ou convocation(s) peuvent être ajourné(es) à une autre date.   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6) Le montant des frais à la charge du Représentant Enregistré.   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

J'autorise par la présente [représentant enregistré ou avocat] \_\_\_\_\_ à comparaître devant la Division des Audiences de l'OATH.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date