



## Demande d'interface – Interface Request

Remplir et envoyer à [cdo@seaway.ca](mailto:cdo@seaway.ca) ou par télécopieur au 450-672-3668 (Centre des opérations – Maisonneuve).  
Complete and send to [cdo@seaway.ca](mailto:cdo@seaway.ca) or by fax to 450-672-3668 (Operations Center – Maisonneuve).

<b>NAVIRE</b> <i>Vessel</i>		<b>Organisme</b> <i>Organization</i>	
<b>Demandeur</b> <i>Requester</i>		<b>No. téléphone</b> <i>Phone No</i>	

### Livraison/cueillette de marchandises – Goods delivery/picking up

(Selon la circulation / As per traffic)

<b>ÉCLUSE</b> <i>Lock</i>	<input type="checkbox"/> SLB <input type="checkbox"/> BOH4 <input type="checkbox"/> IRO	<b>Compagnie de livraison</b> <i>Delivery company</i>	
<b>DATE</b>		<b>Poids/volume approx.</b> <i>Approx. weight/volume</i>	
<b>DESCRIPTION DES MARCHANDISES LIVRÉES OU CUEILLIES / DESCRIPTION OF GOODS DELIVERED OR PICKED UP :</b>			
<b>STOCKAGE DES MARCHANDISES / GOODS STORAGE :</b>			
	<input type="checkbox"/> Boîtes / <i>Boxes</i>	<input type="checkbox"/> Palettes / <i>Pallets</i>	<input type="checkbox"/> Pièces / <i>Parts</i> <input type="checkbox"/> Autre / <i>Other</i>
Nombre / <i>Number</i> :	_____	_____	_____
Description :	_____		
<b>ÉQUIPEMENT DE CHARGEMENT UTILISÉ / LOADING FACILITIES USED :</b>			
<input type="checkbox"/> Grue / <i>Shore crane</i>	<input type="checkbox"/> Camion grue / <i>Boom truck</i>	<input type="checkbox"/> Panneau élévateur / <i>Trunk elevator</i>	
<input type="checkbox"/> Monte-charge / <i>Lifter</i>	<input type="checkbox"/> À la main / <i>By hand</i>	<input type="checkbox"/> Autre / <i>Other</i> : _____	
<b>AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES / ANY OTHER RELEVANT INFORMATION :</b>			
_____			

### Embarquement/Débarquement – Embarking/Disembarking

		Noms/ <i>Names</i>	Embarq./ <i>Embark.</i>	Débarq./ <i>Disemb.</i>
SLB <input type="checkbox"/> DATE _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BOH4 <input type="checkbox"/> DATE _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRO <input type="checkbox"/> DATE _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>