

PLEASE COMPLETE THIS FORM AND SEND IT BACK TO THE WCO WEB TEAM
VEUILLEZ COMPLETER CE FORMULAIRE ET LE RENVoyer À L'EQUIPE WEB DE L'OMD

Fax : +32 2 209 92 65 • webpublish@wcoomd.org

WCO WEBSITE ACCESS FORM
FORMULAIRE D'ACCES AU SITE DE L'OMD SUR LE WWW

Family name / Nom : First name / Prénom :

Title : Mr Mrs Ms / Titre : Mr Mme

Tel (International prefix / Préfixe international) : Fax (International prefix / Préfixe international) :

Email :

Organization / Organisation :

Function / Fonction :

Department / Service :

Address / Adresse :

Zip code / Code postal : City / Ville : Country / Pays :

Language desired for correspondence / Langue désirée pour la correspondance : FR EN

Password requested / Mot de passe souhaité (8 characters minimum including two non-alphanumeric signs such as !@\$* / 8 caractères minimum incluant deux signes non-alphanumérique tel que !@\$*)

Please indicate the file areas you need to access by placing an "X" in the check box. / Veuillez indiquer les zones fichier auxquelles vous voulez accéder en cochant la case correspondante de la colonne de droite.

File area / Zone fichier		Check box / Cocher
C	Council / Conseil	<input type="checkbox"/>
F	Finance Committee / Comité financier	<input type="checkbox"/>
P	Policy Commission / Commission de politique générale	<input type="checkbox"/>
E	Enforcement / Lutte contre la fraude	<input type="checkbox"/>
HS	Harmonized System / Système Harmonisé	<input type="checkbox"/>
CB	Capacity Building / Renforcement des Capacités	<input type="checkbox"/>
O	Origin / Origine	<input type="checkbox"/>
T	Procedures / Procédures	<input type="checkbox"/>
V	Valuation / Valeur	<input type="checkbox"/>

Signature of requester /
Signature du demandeur :

Date :

*By signing this request, I confirm that my Administration approves my access to the site. / En signant cette demande, je confirme que mon Administration approuve mon accès au site.**

Organization stamp / Cachet de l'organisation :