ORGANISATION JURIDIQUE SUITE À LA PERTE DU LIVRE

**D’UNE ORGANISATION À BUT NON LUCRATIF**

|  |
| --- |
|  **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** |
| **Nº de client:**       **Nº de votre dossier:**       **Responsable:**       |
| (Compléter si le numéro de client n’est pas indiqué)**Nom de l'étude:**      **Adresse:**      **Téléphone:**       **Courriel:**       |
|  **CONSTITUTION** |
| **Loi constitutive:** Partie III LCQ [ ]  LOBNL [ ]  **Langue des statuts:** Français [ ]  Anglais [ ] **Service** : Prioritaire [ ]  Régulier [ ] **Dénomination sociale:** Numérique [ ]  Française [ ]  Anglaise [ ]  Bilingue [ ]      **Adresse du siège social:**      **Lieu / ville / région administrative:**        |

|  |
| --- |
|  **OBTENTION DE RENSEIGNEMENTS** |
| Copie certifiée des lettres patentes et des lettres patentes supplémentaires [ ] Relevé du Registre des entreprises du Québec [ ] Relevé du Stratégis [ ] Relevé du FCE [ ]  |

|  |
| --- |
|  **REQUÉRANTS-MEMBRES-ADMINISTRATEURS-DIRIGEANTS** |

|  |
| --- |
| **1.** Nom:      Adresse:      Profession:      **Requérant** [ ]  **Membre** [ ]  **Administrateur** [ ]  **Dirigeant** [ ]  **Signataire de l’affidavit** [ ] **Fonction:** Président [ ]  Vice-président [ ]  Secrétaire [ ]  Trésorier [ ]  Autre:      **Catégorie de membre:** régulier [ ]  autre:       N.B.: Les requérants deviennent les membres réguliers selon nos règlements. Si l’individu est membre sans être requérant, complétez ce qui suit.**Adhésion:**       **Cotisation:**       pour une durée de:       |

|  |
| --- |
| **2.** Nom:      Adresse:      Profession:      **Requérant** [ ]  **Membre** [ ]  **Administrateur** [ ]  **Dirigeant** [ ]  **Signataire de l’affidavit** [ ] **Fonction:** Président [ ]  Vice-président [ ]  Secrétaire [ ]  Trésorier [ ]  Autre:      **Catégorie de membre:** régulier [ ]  autre:       N.B.: Les requérants deviennent les membres réguliers selon nos règlements. Si l’individu est membre sans être requérant, complétez ce qui suit.**Adhésion:**       **Cotisation:**       pour une durée de:       |

|  |
| --- |
| **3.** Nom:      Adresse:      Profession:      **Requérant** [ ]  **Membre** [ ]  **Administrateur** [ ]  **Dirigeant** [ ]  **Signataire de l’affidavit** [ ] **Fonction:** Président [ ]  Vice-président [ ]  Secrétaire [ ]  Trésorier [ ]  Autre:      **Catégorie de membre:** régulier [ ]  autre:       N.B.: Les requérants deviennent les membres réguliers selon nos règlements. Si l’individu est membre sans être requérant, complétez ce qui suit.**Adhésion:**       **Cotisation:**       pour une durée de:       |

|  |
| --- |
| **4.** Nom:      Adresse:      Profession:      **Requérant** [ ]  **Membre** [ ]  **Administrateur** [ ]  **Dirigeant** [ ]  **Signataire de l’affidavit** [ ] **Fonction:** Président [ ]  Vice-président [ ]  Secrétaire [ ]  Trésorier [ ]  Autre:      **Catégorie de membre:** régulier [ ]  autre:       N.B.: Les requérants deviennent les membres réguliers selon nos règlements. Si l’individu est membre sans être requérant, complétez ce qui suit.**Adhésion:**       **Cotisation:**       pour une durée de:       |

|  |
| --- |
|  **ORGANISATION JURIDIQUE****Date de l’OJ:** constitution: oui [ ]  autre:       **Règlement:** multi [ ]  **Type de livre:** Boîtier [ ]  RegisMC [ ] ***Si Boîtier:*** Noir [ ]  Rouge [ ]  Bleu [ ]  Vert [ ]  ***Si Regis*MC:** 8 ½" [ ]  9 ¼" [ ] **Sceau:** Bureau [ ]  Poche [ ]  MarkmakerMC [ ]  Inscrire la dénomination sociale sur le sceau [ ]  Autre:      **Bas de page:**  Juriste [ ]  Étude [ ]  Pas d’indication [ ] **Institution bancaire ou financière:**Nom: CIBC [ ]  BL [ ]  BM [ ]  BNC [ ]  BNE [ ]  BR [ ]  BTD [ ]  CP [ ] :      Adresse:      Personnes autorisées à signer les chèques:      Personnes autorisées à transiger les affaires bancaires:      **Cabinet de comptables:**       Adresse:      Comptable responsable:       Téléphone:      Mission: vérification [ ]  rapport d'examen [ ]  avis au lecteur [ ]  expert-comptable avec mission à déterminer [ ] Exercice financier:       |

|  |
| --- |
| **DÉCLARATION:** Initiale [ ]  Immatriculation (si LOBNL) [ ]  **Nombre de salariés:**      **Nature des 2 principaux secteurs d'activités:**1er:      2ième:      **\* Vente au détail de tabac?** oui [ ]  non [ ] **Correspondance** [ ] Adresse:      **Établissements au Québec autres que le siège social** **[ ]  Activités identiques** **[ ]  Autre:**      Adresse:      **\* Vente au détail de tabac?** oui [ ]  non [ ] **Signataire:**  Marque d'Or [ ]  Client [ ]  Autre:      **Adoption d'un nom d'emprunt:**version française:      version anglaise:       |

|  |
| --- |
| SERVICE NOTAXMC**Est-ce que Revenu Canada vous a déjà attribué un numéro d’entreprise (NE):** **Commencement des affaires**: Date de constitution [ ]  Autre:      **Montant des ventes (estimé):** $**Période de remise:** Annuelle [ ]  Mensuelle [ ]  Trimestrielle [ ] **Date à laquelle vous désirez que vos inscriptions entrent en vigueur:** Date d’incorporation [ ]  Autre:      **Est-ce que la corporation:** Vend à des consommateurs de la bière ou du vin pour consommation à domicile [ ]  Vend du tabac [ ]  .............au moyen de distributeurs automatiques [ ]  → si oui, êtes-vous propriétaire du stock oui [ ]  non [ ]  **P.S. : NE PAS OUBLIER LE** Vend des boissons alcooliques pour consommation sur place [ ]  **NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE** Détient un permis de brasseur [ ]  **ET LA PROCURATION** Effectue des opérations forestières [ ]  **À TRANSMETTRE** Est concernée par la *Loi sur la fiscalité municipale* [ ]  **Est-ce que vous effectuez des importations ou exportations?** Oui [ ]  Non [ ] → si oui, indiquez le genre de compte : Importateur [ ]  Exportateur [ ]  Import-Export [ ]  Indiquez le genre de produits exportés:      Valeur estimative annuelle des produits exportés:      $**Êtes-vous franchisé?** Oui [ ]  Non [ ]  Nom du franchiseur:      **SECTION RETENUE À LA SOURCE (D.A.S.)**Le **premier** versement de salaire aura lieu:       (jour/mois/année)À quelle **fréquence** paierez-vous vos employés ou bénéficiaires? → Quotidienne [ ]  Hebdomadaire [ ]  Bihebdomadaire [ ]  Mensuelle [ ] Combien d’**employés** au maximum pour les 12 prochains mois:       |

|  |
| --- |
| ADMINISTRATION |
| **Date:**       **Nº de bon de commande:**  |