**CONTINUATION** **ET ORGANISATION JURIDIQUE**

|  |
| --- |
| **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:** |
| **STATUTS DE CONTINUATION** |
| **Statuts:** Français  Anglais  **Date de continuation spécifique?** Oui  Non  *Si oui, précisez*:       **Service** : Prioritaire  Régulier  **Dénomination sociale:** Numérique  Française  Bilingue  Avant la continuation :  Après la continuation: la même  Modifiée par:  **Recherche et réservation:** À faire  Rapport annexé  **Documents à produire avec rapport de recherche:** Radiation  Dissolution  Déclaration modificative  **Adresse du siège social avant la continuation:**  **Adresse du siège social après la continuation:**  le même  Modifiée par:  **District judiciaire:**  **Capital-actions:** le même qu’avant la continuation  modifié par: notre capital-actoins 1  3  4  7  9  catégories  Personnalisé  Du client  **Annexes B et C:**  Standard  Nouvelles 2008  **Signature des statuts:** par Marque d’Or  par le client  Autre: |

|  |
| --- |
| **ADMINISTRATEURS ET ACTIONNAIRES**  **Nombre d’administrateurs:** minimum:       maximum: |

|  |
| --- |
| **1.** Nom:  Adresse:  **Avant continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  **Après continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  ***Si service NotaxMC:***No ass. sociale:       Téléphone:  ***Fonction:*** Président  Vice-président  Secrétaire  Trésorier  Autre:  ***Si actionnaire:*** Nombre:       Désignation:       Prix/action:  ***Si actionnaire et que le détenteur n’est pas une personne physique***  LSAQ  société LCSA  S.E.N.C.  S.E.C.  groupement  Nom du représentant: |

|  |
| --- |
| **2.** Nom:  Adresse:  **Avant continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  **Après continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  ***Si service NotaxMC:***No ass. sociale:       Téléphone:  ***Fonction:*** Président  Vice-président  Secrétaire  Trésorier  Autre:  ***Si actionnaire:*** Nombre:       Désignation:       Prix/action:  ***Si actionnaire et que le détenteur n’est pas une personne physique***  LSAQ  société LCSA  S.E.N.C.  S.E.C.  groupement  Nom du représentant: |

|  |
| --- |
| **3.** Nom:  Adresse:  **Avant continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  **Après continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  ***Si service NotaxMC:***No ass. sociale:       Téléphone:  ***Fonction:*** Président  Vice-président  Secrétaire  Trésorier  Autre:  ***Si actionnaire:*** Nombre:       Désignation:       Prix/action:  ***Si actionnaire et que le détenteur n’est pas une personne physique***  LSAQ   société LCSA  S.E.N.C.  S.E.C.  groupement  Nom du représentant: |

|  |
| --- |
| **4.** Nom:  Adresse:  **Avant continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  **Après continuation:** Administrateur  Dirigeant  Actionnaire  Résignation  ***Si service NotaxMC:***No ass. sociale:       Téléphone:  ***Fonction:*** Président  Vice-président  Secrétaire  Trésorier  Autre:  ***Si actionnaire:*** Nombre:       Désignation:       Prix/action:  ***Si actionnaire et que le détenteur n’est pas une personne physique***  LSAQ   société LCSA  S.E.N.C.  S.E.C.  groupement  Nom du représentant: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Transfert d’actions et résignation suite à la continuation | | |
| **Transfert de** | **À** | **Actions** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| CONVERSION D’ACTIONS |

|  |
| --- |
| **ORGANISATION JURIDIQUE**  **Date de l’OJ:** constitution: oui  autre:       **Règlement:** combiné  multi  solo  **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:** (si nécessaire) **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 l’incorporation  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 société:**  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:** |