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:** |