

**Renseignements :** 1 866 ONT-TAXS (1 866 668-8297)  
1 800 263-7776 (ATS)**1. Auteur de la demande**

Dénomination sociale		Langue de préférence <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
Dénomination commercial(e) <input type="checkbox"/> Identique au nom indiqué ci-dessus	N° d'entreprise	

**2. Adresse commerciale**

Unité/app./bureau	Numéro et rue	Lot/concession/R.R. n°/succ. postale	
Ville/Localité		Province/État	Pays
Code postal			
(Code régional) N° de téléphone d'affaires	N° de télécopieur	Adresse électronique	

**3. Adresse postale**  Identique à l'adresse commerciale

Unité/app./bureau	Numéro et nom de la rue	Lot/concession/R.R. n°/Succ. postale	
Ville		Province/État	Pays
Code postal			

**4. Adresse du siège social**  Identique à l'adresse commerciale  Identique à l'adresse postale

Unité/app./bureau	Numéro et nom de la rue	Lot/concession/R.R. n°/Succ. postale	
Ville		Province/État	Pays
Code postal			

**5. Type de personne juridique** Cochez  la case applicable (une seule case) :

- |                                               |                                                             |                                       |                                                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Particulier          | <input type="checkbox"/> Société de personnes en commandite | <input type="checkbox"/> Association  | <input type="checkbox"/> Personne morale sans capital-actions |
| <input type="checkbox"/> Société              | <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée   | <input type="checkbox"/> Coopérative  |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Société de personnes | <input type="checkbox"/> Société de capitaux                | <input type="checkbox"/> Coentreprise | <input type="checkbox"/> Fiducie                              |

**6. Liste de tous les propriétaires, partenaires, dirigeants et/ou administrateurs**

Nom (prénom, nom de famille)	Titre	(ind. rég.) N° de téléphone

Si l'espace manque, joindre une liste.

**7. Personne(s)-ressource(s)**

Nom (prénom, nom de famille)		Titre	
(Code régional) N° de téléphone d'affaires	N° de télécopieur	Adresse électronique	
Unité/app./bureau	Numéro et rue / C.P. / Succ. postale / Route rurale	Ville	Province/État
Code postal			

Document(s) à envoyer à cette personne (Cochez  les cases applicables.)

- 
- Tous ou précisez :
- 
- Demande
- 
- Évaluation
- 
- Renouvellements
- 
- Déclarations

Nom (prénom, nom de famille)		Titre	
(Code régional) N° de téléphone d'affaires	N° de télécopieur	Adresse électronique	
Unité/app./bureau	Numéro et rue / C.P. / Succ. postale / Route rurale	Ville	Province/État
Code postal			

Document(s) à envoyer à cette personne (Cochez  les cases applicables.)

- 
- Tous ou précisez :
- 
- Demande
- 
- Évaluation
- 
- Renouvellements
- 
- Déclarations

## 8. Information sur le passavant

À remplir si vous n'êtes pas importateur et/ou exportateur inscrit et si vous prévoyez **transporter** du tabac en vrac et/ou du tabac en feuilles **afin de l'introduire en Ontario, de l'en sortir et de le faire passer par l'Ontario.**

<b>Produits à transporter :</b> (Cochez <input checked="" type="checkbox"/> les cases appropriées.)		<input type="checkbox"/> Cigarettes non marquées	<input type="checkbox"/> *Autre tabac	<input type="checkbox"/> Cigares
		<input type="checkbox"/> Tabac haché fin non marqué	<input type="checkbox"/> Tabac en feuilles	
* Autre tabac – tabac autre que les cigarettes, le tabac haché fin et les cigares				
Nom du transporteur				
Point de départ				
Point d'entrée			Date d'entrée (aaaa/mm/jj)	
Destination				
Point de sortie			Date de sortie (aaaa/mm/jj)	

## 9. Information sur les transporteurs

Indiquez le ou les transporteurs qui **transporteront** votre tabac en vrac et (ou) en feuilles **afin de l'introduire en Ontario, de l'en sortir et de le faire passer par l'Ontario.**

Nom du transporteur	Numéro et nom de la rue	Ville	Province/État	Code postal

Si l'espace manque, joindre une liste.

10. **Date de début des activités de l'entreprise sous votre direction**.....

Année	Mois	Jour

## 11. Attestation

J'atteste que je suis un signataire autorisé et que tous les renseignements donnés dans la présente demande sont véridiques, complets et exacts. J'atteste également qu'au cours des cinq dernières années, les personnes suivantes n'ont pas été déclarées coupables d'une infraction pour fraude ou évasion fiscale et qu'elles n'ont pas été titulaires d'un certificat d'inscription ou d'un permis délivré en vertu de la *Loi de la taxe sur le tabac* ou de son Règlement et ayant été révoqué :

- le ou les auteurs de la demande, et
- la personne ou le groupe de personnes qui dirige l'entreprise, nommément :

Indiquer le(s) nom(s) ci-dessous

Prénom et nom de famille (en caractères d'imprimerie)	Titre			
Signature	Date	Année	Mois	Jour

**Il est illégal de faire ou d'approuver une déclaration fausse ou trompeuse, d'y participer ou d'y acquiescer dans toute demande présentée en vertu de la Loi de la taxe sur le tabac ou du Règlement afférent.**

Les renseignements personnels communiqués sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de la taxe sur le tabac*, L.R.O. 1990, chap. T10, telle que modifiée, et seront utilisés aux fins de l'administration de la Loi. Toute question concernant cette collecte peut être adressée à un(e) agent(e) d'information sur les programmes du ministère au 1 866 ONT-TAXS (1 866 668-8297) ou au 1 800 263-7776 (téléimprimeur – ATS).