

Renseignements : 1-866-ONT-TAXS (1-866-668-8297)  
1-800-263-7776 (ATS)

**1. Auteur de la demande**

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

**2. Adresse commerciale**

Unité/app./bureau	Numéro et rue	Lot/concession/R.R. n°/succ. postale	
Ville/Localité		Province/État	Pays
			Code postal

**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 morale** 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"/> Société sans capital-<br>actions |
| <input type="checkbox"/> Société                  | <input type="checkbox"/> Société de personnes à responsabilité limitée | <input type="checkbox"/> Société coopérative |   |
| <input type="checkbox"/> Société en nom collectif | <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée              | <input type="checkbox"/> Coentreprise        | <input type="checkbox"/> Fiducie                          |

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

Nom (prénom, nom de famille)	Titre	(Code régional) 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 appropriées.)

- Tout ou précisez :  Demande  Cotisation  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 appropriées.)

- Tout ou précisez :  Demande  Cotisation  Renouvellements  Déclarations

**8. Certificat(s) d'inscription pour le tabac en feuilles** Cochez  et remplissez la ou les cases appropriées.

Type(s) de certificat d'inscription demandé :

Producteur     Transformateur     Marchand     Importateur     Exportateur

**9. Producteur** - À remplir si vous prévoyez **produire** du tabac en feuilles en Ontario : (planter, cultiver, récolter ou faire sécher)

**À quelles fins destinez-vous le tabac en feuilles que vous comptez produire?**

Vente - Veuillez préciser : vendrez-vous uniquement le tabac en feuilles que vous produirez et le vendrez-vous seulement en Ontario? . . . . .  Oui     Non

Usage personnel - Pour la fabrication de produits du tabac

Recherche en agronomie - Veuillez donner des détails :

Objet de la recherche

Personne(s)/entreprise pour qui la recherche est effectuée

Type	Nombre estimatif de kg à produire au cours des 12 prochains mois	Nombre total de kg produits au cours des 12 derniers mois
<input type="checkbox"/> Tabac jaune		
<b>Autre que tabac jaune</b>		
<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Burley <input type="checkbox"/> Autre		

1 livre = 0,454 kilogramme

**10. Transformateur** - À remplir si vous prévoyez **transformer** du tabac en feuilles en Ontario : (effeuillage, écôtage, resséchage, mélange ou emballage)

Type	Nombre estimatif de kg à vendre au cours des 12 prochains mois	Nombre total de kg vendus au cours des 12 derniers mois
<input type="checkbox"/> Tabac jaune		
<b>Autre que tabac jaune</b>		
<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Burley <input type="checkbox"/> Autre		

1 livre = 0,454 kilogramme

**11. Marchand** - À remplir si vous prévoyez **vendre** du tabac en feuilles, l'**offrir** ou le **conserver** en vue de le vendre en Ontario.

Type	Estimation en kilogrammes de la quantité à vendre au cours des 12 prochains mois	Total en kilogrammes de la quantité vendue au cours de 12 derniers mois
<input type="checkbox"/> Tabac jaune		
<b>Autre que tabac jaune</b>		
<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Burley <input type="checkbox"/> Autre		

1 livre = 0,454 kilogramme

**12. Importateur** - À remplir si vous prévoyez **introduire** ou **faire introduire** du tabac en feuilles en Ontario.

Type	Nombre estimatif de kg à importer au cours des 12 prochains mois	Nombre total de kg importés au cours des 12 derniers mois	Provenance du tabac en feuilles (Province/État/Pays)
<input type="checkbox"/> Tabac jaune			
<b>Autre que tabac jaune</b>			
<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Burley <input type="checkbox"/> Autre			

1 livre = 0,454 kilogramme

**13. Exportateur** - À compléter si vous prévoyez de **sortir** ou de **faire sortir** du tabac en feuilles de l'Ontario.

Type	Nombre estimatif de kg à exporter au cours des 12 prochains mois	Nombre total de kg exportés au cours des 12 derniers mois	Destination du tabac en feuilles (Province/État/Pays)
<input type="checkbox"/> Tabac jaune			
<b>Autre que tabac jaune</b>			
<input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Burley <input type="checkbox"/> Autre			

1 livre = 0,454 kilogramme

**Plan d'activités**

Si l'espace est insuffisant, joindre une feuille séparée.

14. **Fournisseur** - Indiquez le ou les fournisseurs auprès desquels vous achèterez ou obtiendrez du tabac en feuilles :

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

15. **Client** - Indiquez le ou les clients qui achèteront ou recevront votre tabac en feuilles :

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

16. **Transporteur général** - Indiquez le ou les transporteurs qui introduiront votre tabac en feuilles en Ontario ou qui l'en sortiront :

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

17. **Description/emplacement des terres, bâtiments et/ou accessoires fixes où le tabac peut être cultivé, mis à sécher ou entreposé.**

Description et emplacement des terres, bâtiments et/ou accessoires fixes			Adresse 911	Propriété ou location	Nom du propriétaire	Terres/Bâtiments/ Accessoires
Description 1				<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Locateur		<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Séchage <input type="checkbox"/> Entreposage
Emplacement						
Lot	Concession	Canton				
Description 2				<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Locateur		<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Séchage <input type="checkbox"/> Entreposage
Emplacement						
Lot	Concession	Canton				
Description 3				<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Locateur		<input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Séchage <input type="checkbox"/> Entreposage
Emplacement						
Lot	Concession	Canton				

Année	Mois	Jour

18. Date de début des activités de l'entreprise depuis que vous en êtes propriétaire .....

19. **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 deux 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 fautive 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. Les renseignements fournis au ministère dans cette demande pourraient être divulgués au besoin à des fins de vérification seulement. 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).