

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 commercial(e) <input type="checkbox"/> Identique au nom indiqué ci-dessus		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
		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) :

- Particulier
 Société à responsabilité limitée
 Association
 Personne morale sans capital-actions
 Société
 Société de personnes en commandite
 Société de capitaux
 Coopérative
 Fiducie
 Société de personnes
 Coentreprise

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. **Permis de grossiste**À remplir si vous prévoyez **vendre en gros** (vendre en Ontario en vue de la revente) un ou des produits du tabac **en Ontario** :**Produit(s) que vous vendez en gros** : (Cochez les cases appropriées) Cigarettes marquées Tabac haché fin marqué Autres types de tabac * tabac autre que les cigarettes et le tabac haché fin**Emplacement des points de vente en gros** - Pour chacun des emplacements, fournir les détails suivants :

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

Emplacement des points de vente au détail - Pour chacun des emplacements de point de vente au détail, fournir les détails suivants :

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

Plan d'activités9. **Information sur les fournisseurs de produits du tabac** - Indiquez le ou les fournisseurs auprès desquels vous achèterez ou obtiendrez un ou des produits du tabac :

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

10. **Information sur les clients** - Indiquez le ou les clients qui achèteront votre ou vos produits du tabac :

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

Remarque 1. Veuillez vous assurer que votre ou vos clients et (ou) votre ou vos fournisseurs détiennent une désignation, un certificat d'inscription ou un permis valide en vertu de la *Loi de la taxe sur le tabac*. Consultez en ligne notre liste d'inscrits de la taxe sur le tabac à l'adresse Web suivante : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/lists/tt/registrant.html> ou composez le 1866 ONT-TAXS (1-866-668-8297) ou le 1-800-263-7776 (ATS) pour parler à un représentant du gouvernement.

Remarque 2. Les détaillants qui vendent des produits du tabac en Ontario doivent être titulaires d'un permis de détaillant de tabac émis en vertu de la *Loi de la taxe sur le tabac* ou d'un permis de vendeur délivré aux termes de la *Loi sur la taxe de vente au détail*.

11. Description du ou des produits du tabac

Fournir les renseignements suivants sur le ou les produits du tabac que vous prévoyez négocier. Énumérez les produits du tabac par type :

Type de produit	Marque	Taille des emballages	Le ou les produits du tabac contiennent-ils des messages sur la santé?	Le ou les produits du tabac contiennent-ils des additifs/parfums?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

Année	Mois	Jour

13. Virement automatique

Pour vous inscrire au virement automatique ou mettre à jour vos renseignements bancaires, veuillez fournir les renseignements suivants :
(Ces numéros se trouvent dans votre carnet de chèques ou sur votre relevé de compte bancaire ou un bordereau de dépôt personnel. Vous pouvez aussi les demander à votre institution financière.)

N° de succursale (5 chiffres)	N° d'institution (3 chiffres)	N° de compte (maximum 12 chiffres)

En fournissant mes renseignements bancaires, j'autorise le ministre des Finances à déposer dans le compte de banque portant le numéro ci-dessus les montants que me doit le ministère des Finances **pour ce programme**, jusqu'à avis contraire de ma part. Je comprends que la présente autorisation remplace toutes mes autorisations antérieures relatives à des virements automatiques pour ce **programme**.

14. 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 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. 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).