



AJOUT OU RETRAIT D'ADMINISTRATEURS,
D'ACTIONNAIRES OU DE MANDATAIRES
PERMIS GÉNÉRAL D'EXPLOSIFS – ENTREPRISE

Note : Ce formulaire doit être rempli par un représentant autorisé de l'entreprise (administrateur, actionnaire détenant 10 % et plus des actions comportant plein droit de vote ou mandataire autorisé). Une fois que le formulaire est rempli, la cote de confidentialité s'applique.

1. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE ET DE SON REPRÉSENTANT AUTORISÉ			
1.1 ENTREPRISE			
Nom de l'entreprise		Numéro de permis général d'explosifs – Entreprise	
1.2 REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ENTREPRISE			
Nom, prénom			
Numéro de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (travail) Poste

Note : Tout nouvel administrateur et actionnaire détenant 10 % ou plus des actions comportant plein droit de vote doit être ajouté à la liste. Les mandataires inscrits sur la liste peuvent soumettre une demande de permis de dépôt, de vente ou de transport d'explosifs au nom de l'entreprise.

2. AJOUT OU RETRAIT D'ADMINISTRATEURS ET D'ACTIONNAIRES				
	A	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	<input type="checkbox"/> Actionnaire détenant 10 % ou plus d'actions de l'entreprise <input type="checkbox"/> Administrateur	No. de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)
	B	Nom, prénom ou nom de la personne morale		
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (domicile) Téléphone (travail) Poste
	Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays [si autre que Canada])			Code postal/ Code ZIP
	RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ		Vérification CRPQ (si ajout) <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
	A	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	<input type="checkbox"/> Actionnaire détenant 10 % ou plus d'actions de l'entreprise <input type="checkbox"/> Administrateur	No. de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)
	B	Nom, prénom ou nom de la personne morale		
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (domicile) Téléphone (travail) Poste
	Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays [si autre que Canada])			Code postal/ Code ZIP
	RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ		Vérification CRPQ (si ajout) <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
	A	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	<input type="checkbox"/> Actionnaire détenant 10 % ou plus d'actions de l'entreprise <input type="checkbox"/> Administrateur	No. de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)
	B	Nom, prénom ou nom de la personne morale		
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Téléphone (domicile) Téléphone (travail) Poste
	Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province/État, pays [si autre que Canada])			Code postal/ Code ZIP
	RÉSERVÉ À LA SÛRETÉ		Vérification CRPQ (si ajout) <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	

3. AJOUT OU RETRAIT DE MANDATAIRES AUTORISÉS			
	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Nom, prénom	No. de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (aaaa-mm-jj) Fonction Téléphone (domicile)
	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Nom, prénom	No. de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (aaaa-mm-jj) Fonction Téléphone (domicile)
	<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Retrait	Nom, prénom	No. de permis général d'explosifs – Particulier (s'il y a lieu)
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (aaaa-mm-jj) Fonction Téléphone (domicile)

Le formulaire rempli doit être transmis au Bureau du contrôle des armes à feu et des explosifs par courriel à explosifs@surete.qc.ca. L'adresse courriel de l'expéditeur doit être celle d'un représentant autorisé de l'entreprise (administrateur, actionnaire). **Le courriel fait foi de signature.**