

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Loi de la taxe sur les carburants
Loi de la taxe sur le tabac

Finances Manitoba, Division des taxes
401, avenue York, bureau 101
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P8
Téléphone : (204) 945-5603
N° sans frais au Manitoba : 1 800 782-0318
Courriel : MBTax@gov.mb.ca
Site Web : www.gov.mb.ca/finance/taxation

Veillez remplir le formulaire suivant en répondant à toutes ses questions et le renvoyer dans l'enveloppe prévue à cet effet. Les renseignements fournis dans ce questionnaire vont servir à mettre votre compte à jour.

Veillez écrire en majuscules																							
NUMÉRO DE LICENCE																							
APPELLATION COMMERCIALE						DÉNOMINATION SOCIALE																	
ADRESSE POSTALE - (Note : Toutes les formules et la correspondance seront envoyées à cette adresse)																							
Adresse								Téléphone															
Ville ou municipalité					Province			Code postal															
ADRESSE DE L'ENTREPRISE – Si l'adresse de votre entreprise est différente de votre adresse postale, veuillez inscrire l'adresse exacte ci-dessous. Veuillez inclure toutes les adresses de votre entreprise. Veuillez joindre une annexe si l'espace n'est pas suffisant.																							
Adresse																							
Ville ou municipalité					Province			Code postal															
Votre entreprise est-elle constituée en corporation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, précisez la date de la constitution en corporation		A	M	J	Si votre entreprise fait des affaires de manière saisonnière, cochez les cases des mois d'ouverture					J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Votre entreprise comprend-elle le type d'opérations suivantes?		<input type="checkbox"/> Détail/Pompe		<input type="checkbox"/> Poste à clé ou à carte		<input type="checkbox"/> Stockage en vrac		<input type="checkbox"/> Injecteur de colorant		<input type="checkbox"/> Manufacturier/Raffineur		<input type="checkbox"/> Importateur		<input type="checkbox"/> Détaillant de tabac		<input type="checkbox"/> Distributeurs automatiques de tabac		<input type="checkbox"/> Fabricant de tabac		<input type="checkbox"/> Grossiste de tabac		DATE DE DÉBUT DES ACTIVITÉS	
																						A M J	
Veillez dresser la liste de tous vos fournisseurs de carburant et de tabac. Veuillez joindre une annexe si l'espace n'est pas suffisant.																							
Nom du fournisseur				Adresse du fournisseur				Type de produit															
Contact avec le contribuable – Veuillez donner le nom et le numéro de téléphone de la personne avec laquelle communiquer si des renseignements supplémentaires étaient nécessaires.																							
Nom (en lettres moulées) :						Téléphone																	
Courriel						Télécopieur																	

Attestation

J'atteste par la présente que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont à ma connaissance exacts.

Signature autorisée _____

Date _____

Note : Veuillez immédiatement informer notre bureau si les renseignements ci-dessus venaient à changer.