

## A. Type of Licence/Type de permis

Premise / locale	Fee / frais
Funeral Home / salon funéraire	\$ 500
<b>Total fee / frais totale</b>	<b>\$ 500</b>

## B. Funeral Home Information / Renseignements sur le salon funéraire

*Legal Name of Funeral Home : <i>Nom légale du salon funéraire :</i>		
Operating as : <i>Fonctionnant come :</i>		
The Owner is a/an (select one): <i>Le propriétaire est un/une (choisissez un):</i>		
Individual / <i>individu</i>	Corporation / <i>corporation</i>	Partnership / <i>partenariat</i>
*Name of owner(s) or corporation : <i>Nom du/des propriétaire(s) ou de la corporation :</i>		
Physical address : <i>Adresse de voirie :</i>		
Mailing Address : <i>Adresse postale :</i>		
City : <i>Ville :</i>	Province :	Postal Code : <i>Code postale :</i>
Telephone number / numéro de téléphone :		Cell number / numéro cellulaire :
Fax number / numéro de télécopieur :	Email address / adresse courriel :	
Name of Funeral Director in Charge / <i>nom de l'entrepreneur de pompes funèbre responsable :</i>		

\*Please ensure that the "Legal Name of Funeral Home and "Name of Owner" is the same information that is registered with the Companies Office. / S'il vous plait vous assurez que le « Nom légale du salon funéraire » et le « nom du propriétaire » fournie sont les mêmes qui sont inscrit avec l'Office des compagnies.

Has any of the above information been revised from the previous application? /  
*L'information ci-dessus a-t-elle change depuis la précédente demande?* Yes / oui No / non

Do you want your contact information (phone #, etc.) posted on the Board's website? /  
*Voulez-vous vos coordonnées (no de téléphone, etc.) sur le cite web du Conseil?* Yes / oui No / non

\*NOTE: If you selected NO, be advised that your funeral home name and city/town will be posted. /  
*Si vous avez sélectionné NON, sachez que le nom de votre salon funéraire et la ville/le village sera affiché.*

## C. Declaration / déclaration

I acknowledge that the information provided in this application is true and correct. / *Je reconnais que les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais et exacts.*

\_\_\_\_\_  
Signature of applicant / *Signature du demandeur*

\_\_\_\_\_  
Date

## D. Employed Licensees / Employés licenciés

Name / nom :	FD # / N° Ent. PF	Emb # / N° Emb.

## E. Instructions / directives

- Please complete the application in full and return to the Funeral Board of Manitoba along with payment of the prescribed fee of \$500. **Renewal applications received after December 15 are subject to a \$250 late payment fee.** / *S'il vous plaît remplir la demande au complet et renvoyer au Conseil des services funéraires du Manitoba avec le paiement prescrit de 500 \$. Demandes de renouvellement reçues après le 15 décembre sont sujets à un frais de retard de 250 \$.*
- Payment can be made via cheque payable to the Funeral Board of Manitoba to 254 Portage Avenue, Winnipeg MB R3C 0B6, or by completing the section below. / *Le paiement peut être effectué par chèque à l'ordre du Conseil des services funéraires du Manitoba et envoyé au 254 avenue Portage, Winnipeg MB R3C 0B6 ou en remplissant la section ci-dessous.*

**\*DO NOT send the completed form via email or call with your credit card information, as we are unable to accept payment using those methods.**

**\*N'ENVOYEZ PAS le formulaire par courriel ou appelez avec votre information de carte de crédit, car nous ne pouvons pas accepter de paiement utilisant ces méthodes.**

MasterCard

Visa

Credit Card Number / numéro de carte : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Expiration Date / date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Name on Card / nom sur la carte : \_\_\_\_\_

Cardholder's Signature / signature du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

Date / date : \_\_\_\_\_

### NOTE / NOTEZ :

The Funeral Board of Manitoba must be notified of all changes to any of the information provided in this application. / *Le Conseil des services funéraires du Manitoba doit être avisé de tout changement des informations indiquer sur cette demande.*