

Premise Licence application

Demande de licence de locale



A. Type of Licence/Type de permis

Premise / locale

Fee / frais

Funeral Home / salon funéraire

\$ 500

Total fee / frais totale

\$ 500

B. Funeral Home Information / Renseignements sur le salon funéraire

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

*Please ensure that the Legal Name of the Funeral Home and Name of Owner is the same information that is registered with the Companies Office. / S'il vous plaît vous assurez que le « Nom légale du salon funéraire » et le « nom du propriétaire » fournies 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 Consumer Protection Office website? / Voulez-vous vos coordonnées (no. de téléphone, etc.) sur le site web du Office de la protection du consommateur?

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.

D. Continued / continue

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

E. Instructions / directives

- Please complete the application in full and return to the Consumer Protection Office 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 Office de la protection du consommateur 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 Minister of Finance to Room 302-258 Portage Avenue, Winnipeg MB R3C 0B6, or online by credit card by visiting www.cpopayment.com. If paying online, please mail the payment confirmation number along with the original signed application form for processing. / *Le paiement peut être effectué par chèque à l'ordre du Ministre des Finances et envoyé au 258 avenue Portage, bureau 302, Winnipeg MB R3C 0B6.*

***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.**

*** CREDIT CARD INFORMATION WILL NO LONGER BE ACCEPTED ON APPLICATION FORMS ***

**** ONLY ORIGINAL APPLICATION FORMS WILL BE ACCEPTED ****

NOTE / NOTEZ :

The Consumer Protection Office must be notified of all changes to any of the information provided in this application. / *Le Office de la protection du consommateur doit être avisé de tout changement des informations indiquer sur cette demande.*

FOR OFFICE USE ONLY / POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Date received: _____ Amount received: _____ Received by: _____
date reçu : _____ *montant reçu :* _____ *reçu par :* _____

Application complete YES NO Cheque number : _____
demande complété : YES NO *numéro du chèque:* _____

Receipt number: _____
numéro du reçu : _____