

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 : <i>Nom légale du salon funéraire :</i>		
*Operating as : <i>Fonctionnant comme :</i>		
The owner is a/an (select one): <i>Le propriétaire est un/une (choisissez un):</i>		
Individual / individu	Corporation / corporation	Partnership / partenariat
*Name of owner(s) or corporation : <i>Nom du/des propriétaire(s) ou de la corporation :</i>		
Physical address of Funeral Home : <i>Adresse de voirie du salon funéraire :</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 / nom de <i>l'entrepreneur de pompes funèbres responsable :</i>		

*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 plat remplir la demande au complet et renvoyer au Office de la protection du consommateur avec le paiement prescrit de 500 \$. Demandes de renouvellement reçue 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 using a Visa or MasterCard 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 completed application forms via email. Only original application forms will be accepted.**

*** Credit card information will not be accepted on application forms. Please also do not 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.**

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 : _____ *numéro du chèque:* _____

Licence Number: _____ Receipt number: _____
numéro du licence : _____ *numéro du reçu :* _____