



Sainte-Brigitte-des-Saults  
Service d'inspection  
319 rue Principale  
Sainte-Brigitte-des-Saults  
J0C 1E0

Courriel: inspection@mrcdrummond.qc.ca  
Téléphone: (819) 336-4460  
Télécopieur:

## Demande de permis

Demande débutée le: \_\_\_\_\_ Demande complétée le: \_\_\_\_\_ **No demande**

Saisie par: \_\_\_\_\_

Type de permis: **Colportage**

Nature: \_\_\_\_\_ Section réservée à la MRC

### Identification

Propriétaire	Demandeur / Responsable
Nom: _____	Nom: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Ville: _____	Ville: _____
Code postal: _____	Code postal: _____
Téléphone: _____	Téléphone: _____
	Courriel: _____

### Emplacement

Matricule: _____	Code d'utilisation: _____
Adresse: _____	Code d'utilisation projetée: _____
Zones: _____	Frontage: _____
Lot distinct: <input type="checkbox"/>	Profondeur: _____
	Superficie: _____
	Nombre de logements: _____
Code de zonage: _____	Année construction: _____
Secteur d'inspection: _____	Nombre d'étages: _____
Service: _____	Aire de plancher m <sup>2</sup> : _____
Cadastre: _____	Nombre d'unités touchées: _____

### Travaux

Exécutant des travaux	Responsable
Nom: _____	Nom: _____
Adresse: _____	Tél.: _____
Ville: _____	
Code postal: _____	
Tél.: _____	Date début des travaux: _____
Télec.: _____	Date prévue fin des travaux: _____
No RBQ: _____	Date fin des travaux: _____
No NEQ: _____	Valeur des travaux: _____

## Colportage

### Organisme ou personne morale

Organisme:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Ville:	<input type="text"/>		
Code postal:	<input type="text"/>		
Responsable:	<input type="text"/>	Téléphone:	<input type="text"/>
Date d'incorporation:	<input type="text"/>	Première demande:	<input type="text"/>
No d'incorporation:	<input type="text"/>	Date dernière demande:	<input type="text"/>

### Solliciteurs

Nom / Adresse	Téléphone	Date de naissance	No d'assurance sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Organisme de charité

L'organisme peut-il émettre des reçus pour fin d'impôt ?

No de charité:

### Service externe

L'organisme fait-il appel à des services externes pour cette sollicitation ?

Nom de ce service:

Type de sollicitation:

Téléphone:

### Détail de l'activité

Type d'activité:

Produit vendu:

Lieu de l'activité:

Date de début:  Date de fin:

### Répartition des revenus de l'activité

Pourcentage qui revient aux organismes bénéficiaires:

Pourcentage aux solliciteurs:

Pourcentage consacré à l'administration:

Pourcentage au service direct des bénéficiaires:

Pourcentage qui revient à cet organisme:

Total:

### But de l'activité

### Description de l'activité

### Bénéficiaires de l'activité

Documents requis	Reçu	Date réception
Formulaire de demande	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Permis de la Loi sur la protection du consommateur (si requis)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Statut constitutif, lettre patente, contrat de société ou déclaration d'immatriculation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Véhicule et plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Description des travaux**

**Signature du demandeur**

Signature du demandeur \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---