

DEMANDE DE PERMIS D'ENTREPRISE DE SERVICES FUNÉRAIRES

Je demande, par la présente, la délivrance d'un permis d'entreprise de services funéraires.

| | | | | |
|---|-------|--------|-----------------|--------------|
| <input checked="" type="radio"/> Nouvelle demande | Année | Région | N° de référence | N° de permis |
| <input type="radio"/> Renouvellement | 2024 | | | |
| <input type="radio"/> Modification | | | | |

| Identification du requérant | | | | | En cas de correction, utiliser cet espace | | | | |
|---|--|--------------------------------|----------|-------------|---|--|--------------------------------|----------|-------------|
| Nom (dénomination sociale ou nom de la personne physique) | | | | | Nom (dénomination sociale ou nom de la personne physique) | | | | |
| Si le requérant est une personne physique | | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | | Sexe | Si le requérant est une personne physique | | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | | Sexe |
| Adresse (n°, rue) | | | | | Adresse (n°, rue) | | | | |
| Municipalité | | | Province | Code postal | Municipalité | | | Province | Code postal |
| N° de téléphone | | N° de télécopieur | | | N° de téléphone | | N° de télécopieur | | |
| N° de cellulaire | | Autre n° de téléphone | | | N° de cellulaire | | Autre n° de téléphone | | |
| Adresse de courriel | | | | | Adresse de courriel | | | | |
| Adresse Internet si applicable | | | | | Adresse Internet si applicable | | | | |
| Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) | | | | | Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) | | | | |

| Identification du directeur des services funéraires | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|---------------------|--------------------------------|----------|-------------|
| Nom | | Prénom | | Sexe | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | | |
| N° de téléphone | | N° de cellulaire | | Adresse de courriel | | | |
| Adresse de correspondance (n°, rue) (si différente de celle du requérant) | | | | Municipalité | | Province | Code postal |
| En cas de correction, utiliser cet espace | | | | | | | |
| Nom | | Prénom | | Sexe | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | | |
| N° de téléphone | | N° de cellulaire | | Adresse de courriel | | | |
| Adresse de correspondance (n°, rue) (si différente de celle du requérant) | | | | Municipalité | | Province | Code postal |

| Contrat d'assurance de responsabilité civile | |
|--|-----------------------------|
| Nom de la compagnie d'assurances : _____ | Numéro de la police : _____ |
| Date de la période de validité : _____ | |
| Le requérant doit joindre à sa demande une preuve attestant la détention d'un contrat d'assurance. | |

| Identification d'un local aménagé pour accueillir et informer la clientèle en toute confidentialité | | | | |
|---|--|--------------|----------|-------------|
| Adresse du local (n°, rue) | | Municipalité | Province | Code postal |

Installations et services funéraires – Déclaration des locaux et des équipements servant à la conservation de cadavres et des columbariums exploités par l'entreprise de services funéraires

| Adresse des installations (n°, rue, municipalité, code postal) | Services par installation | | | | Conservation | | Columbarium |
|--|---------------------------|--------------------|-------------|----------|------------------|------------------|-------------|
| | Local de thanatopraxie | Salle d'exposition | Crématorium | Appareil | Espace réfrigéré | Place disponible | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | |
| Total des services | | | | | N/A | N/A | N/A |

| Coût du permis | | | | | |
|----------------------------|---|--------------------------------------|---|----------------------|--|
| Coût du permis par service | | Total des services des installations | = | Coût total du permis | Le chèque ou mandat-poste doit être libellé à l'ordre du ministre des Finances |
| 590 \$ | x | | | \$ | |

Entente de services

Le requérant utilisera les services d'une autre entreprise de services funéraires pour effectuer le transport, la crémation, la thanatopraxie ou l'exposition de cadavres? OUI NON

Si oui, inscrire dans la case appropriée ci-dessous, le nom de l'entreprise de services funéraires qui effectuera le service et le numéro de permis de celle-ci.

Pour le transport de cadavres

| | Nom de l'entreprise qui offrira le service | N° de permis |
|----|--|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

Pour la crémation de cadavres

| | Nom de l'entreprise qui offrira le service | N° de permis |
|----|--|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

Pour la thanatopraxie

| | Nom de l'entreprise qui offrira le service | N° de permis |
|----|--|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

Pour l'exposition de cadavres

| | Nom de l'entreprise qui offrira le service | N° de permis |
|----|--|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |

Attestation, déclaration et signature

AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Je, soussigné, atteste que le requérant possède les qualités et remplit les conditions requises pour l'obtention ou le renouvellement du permis d'entreprise de services funéraires concerné par la présente demande. Également, j'atteste être dûment mandaté par celui-ci pour solliciter le permis.

Je déclare que le requérant :

- détient un local aménagé pour accueillir et informer la clientèle en toute confidentialité;
- détient une police d'assurance d'une valeur minimale de 1 000 000 \$ pour couvrir les actes professionnels et la responsabilité civile de l'entreprise de services funéraires. La police d'assurance doit comprendre une disposition obligeant l'assureur à prévenir le ministre dans un délai de 10 jours ouvrables suivant la résiliation, l'annulation ou la modification du contrat d'assurance responsabilité réduisant la couverture de celui-ci en deçà de 1 000 000 \$;
- n'a pas vu son permis révoqué au cours des 5 années précédant la demande;
- n'a pas été déclaré coupable, en quelque lieu que ce soit, d'une infraction ou d'un acte criminel liés à l'exercice des activités pour lesquelles il est titulaire d'un permis, ou dans le cas où le titulaire du permis est une personne morale ou une société, l'un des administrateurs ou dirigeants ou encore l'un des associés ou actionnaires ayant un intérêt important dans l'entreprise n'a pas été déclaré coupable d'une telle infraction ou d'un tel acte criminel;
- est en mesure d'assurer des services adéquats;
- que tous les renseignements fournis sur ce formulaire et dans les documents annexés sont exacts et complets.

En foi de quoi, je signe,

ce _____
 Jour **Mois** **Année**



Signature du requérant

Transmission de la demande

Faire parvenir la demande de permis à l'adresse suivante :
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Dossier funéraire
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 418 266-5800 permisfuneraire@msss.gouv.qc.ca

À l'usage du ministère de la Santé et des Services sociaux

Conformité administrative

| | |
|-------------------|-----------|
| Date (AAAA-MM-JJ) | Initiales |
| | |