Une image contenant texte

Description générée automatiquement**Demande de permis**

**Règlement sur les prémélanges médicamenteux et les aliments médicamenteux destinés aux animaux (P-42, r.10)**

*Loi sur la protection sanitaire des animaux* (P-42)

\*Réponse obligatoire

1. **Renseignements sur l’exploitant**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’exploitant\*** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adresse de correspondance\*** |  | **Code postal\*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Téléphone\*** |  | **Télécopieur** |  | **Courriel\*** |  |

1. **Renseignements sur l’installation visée par le permis**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adresse du lieu d’exploitation (si différente de la section 1)\*** | |  | | |
|  |  | | **Code postal** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Entité juridique\*** | Cochez l’énoncé qui correspond à votre situation et fournissez le renseignement demandé.  🗆 Si vous demandez un permis en tant que personne physique qui exploite une entreprise,  inscrivez votre nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🗆 Si vous demandez un permis en tant que personne morale (société, coopérative ou entreprise individuelle)  qui exploite une entreprise,  inscrivez le nom de votre compagnie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ)\*** |  |

1. **Nature du permis demandé**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de permis\*** | | **Coûts** |
| 1- Permis de vente ou de fourniture d’un prémélange médicamenteux ou d’un aliment médicamenteux | 🗆 | 84,00 $ |
| 2- Permis de préparation d’un aliment médicamenteux\* | 🗆 | 34,25 $ |
| 3- Permis de préparation d’un prémélange médicamenteux ou d’un aliment médicamenteux\* | 🗆 | 42,00 $ |
| 4- Permis de vente, de fourniture ou de préparation d’un prémélange médicamenteux ou d’un aliment médicamenteux | 🗆 | 127,00 $ |

\* Permis destinés aux animaux du titulaire ou à ceux dont il a la garde

1. **Description de l’équipement qui entre en contact avec un médicament\*\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’appareil (mélangeur, trémie, vie, etc.) et nature des matériaux\*** | **Imputrescible, imperméable**  **et non toxique\*** | | **Inspection**  **de**  **l’intérieur\*** | |
|  | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
|  |  |  |  |

1. **Description de l’équipement de mélange\*\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’appareil** |  | **Capacité maximale** |  | |
| **Marque** |  | **Type de vidange** |  | |
| **Modèle** |  | **Temps de vidange** |  | **Sec.** |
| **No de série** |  | **Rotation** |  | **Tours/min.** |

1. **Description de la balance\*\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque** |  | **Capacité maximale** |  |
| **Modèle** |  | **Plus petite unité** |  |
| **Type** |  | **Utilisation première** |  |

\*\* Le requérant doit décrire chaque équipement et/ou balance qu’il utilise et remplir l’annexe A pour chaque équipement.

1. **Déclaration**

Je déclare les lieux conformes aux dispositions de l’article 16.

Je déclare les équipements conformes aux dispositions de l’article 5.

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts. En foi de quoi, j’ai signé le présent formulaire.

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Jour/Mois/Année

**RETOURNEZ LE FORMULAIRE AVEC VOTRE PAIEMENT FAIT À L’ORDRE DU MINISTRE DES FINANCES À L’ADRESSE SUIVANTE :**

Ministère de l’Agriculture, des Pêcheries et de l’Alimentation

Service des permis

200, chemin Sainte-Foy, 11e étage

Québec (Québec) G1R 4X6

Téléphone : 1 800 463-6210 ou 418 380-2130

Télécopieur : 418 380-2169

**ANNEXE A – Description de l’équipement supplémentaire**

1. **Description de l’équipement qui entre en contact avec un médicament**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’appareil (mélangeur, trémie, vie, etc.) et nature des matériaux\*** | **Imputrescible, imperméable**  **et non toxique\*** | | **Inspection**  **de**  **l’intérieur\*** | |
|  | **Oui** | **Non** | **Oui** | **Non** |
|  |  |  |  |

1. **Description de l’équipement de mélange**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type d’appareil** |  | **Capacité maximale** |  | |
| **Marque** |  | **Type de vidange** |  | |
| **Modèle** |  | **Temps de vidange** |  | **Sec.** |
| **No de série** |  | **Rotation** |  | **Tours/min.** |

1. **Description de la balance**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marque** |  | **Capacité maximale** |  |
| **Modèle** |  | **Plus petite unité** |  |
| **Type** |  | **Utilisation première** |  |