



Measurement
Canada

Mesures
Canada

An Agency of
Industry Canada

Un organisme
d'Industrie Canada

APPLICATION FOR AUTHORIZATION OF SERVICE PROVIDERS DEMANDE D'AUTORISATION POUR LES FOURNISSEURS DE SERVICE

FOR: Accreditation
POUR: Accréditation

Registration
Enregistrement

Delegation of authorities
Délégation de pouvoirs

1.0 Applicant - Demandeur

Legal Name of Organization - Nom légal de l'organisme		
Company Incorporation Number - Numéro d'incorporation de la Société (Attach copy of articles / Joindre copie du certificat)		
Address - Adresse		
City - Ville	Province	Postal Code - Code postal

1.1 Location of Testing Facility - Emplacement du site d'inspection

Name of Organization - Nom de l'organisme		
Address - Adresse		
City - Ville	Province	Postal Code - Code postal

1.2 Request For - Demande pour:

According to the Program selected, specify *Weights and Measures* or *Electricity and Gas*, initial application or expansion, as well as the scope of the request
Selon le programme choisi, préciser *Poids et Mesures* ou *Électricité et Gaz*, demande initiale ou extension, ainsi que le domaine de la demande

1.3 Designated Contact (management representative) - Personne à contacter (représentant de la direction)

Name - nom	Title - Titre	Telephone No. - N° de téléphone
------------	---------------	-------------------------------------

1.4 Authorization - Autorisation

The applicant hereby acknowledges that, if authorized, the organization identified above is bound by all criteria, requirements and procedures set out by Measurement Canada.

Le demandeur reconnaît par la présente que, si autorisé, l'organisme identifié plus haut doit se conformer à tous les critères, exigences et procédures identifiés par Mesures Canada.

The applicant acknowledges that authorisation may be withdrawn in whole or in part upon non-compliance with any of the requirements stipulated by Measurement Canada.

Le demandeur reconnaît que l'autorisation peut être révoquée en tout ou en partie en cas de refus de se conformer aux exigences prescrites par Mesures Canada.

Signature (Top Management/Direction)	Title - Titre	Date Y - A M D - J
--------------------------------------	---------------	-------------------------------------

Forward completed application to:

Local District Manager
Measurement Canada

Faire parvenir cette demande remplie à:

Gérant de district local
Mesures Canada

