

# DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Loi de la taxe sur l'essence  
Loi de la taxe sur le carburant  
Loi de la taxe sur le tabac

**Finances Manitoba, Division des taxes**  
401, avenue York, bureau 101  
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P8  
Téléphone : (204) 945-5603  
N° sans frais au Manitoba : 1 800 782-0318  
Courriel : [MBTax@gov.mb.ca](mailto:MBTax@gov.mb.ca)  
Site Web : [www.gov.mb.ca/finance/taxation](http://www.gov.mb.ca/finance/taxation)

Veuillez remplir le formulaire suivant en répondant à toutes ses questions et le renvoyer dans l'enveloppe prévue à cet effet. Les renseignements fournis dans ce questionnaire vont servir à mettre votre compte à jour.

<b>Veuillez écrire en majuscules</b>																		
NUMÉRO DE LICENCE																		
APPELLATION COMMERCIALE						DÉNOMINATION SOCIALE												
ADRESSE POSTALE - (Note : Toutes les formules et la correspondance seront envoyées à cette adresse)																		
Adresse								Téléphone										
Ville ou municipalité						Province			Code postal									
ADRESSE DE L'ENTREPRISE – Si l'adresse de votre entreprise est différente de votre adresse postale, veuillez inscrire l'adresse exacte ci-dessous. Veuillez inclure toutes les adresses de votre entreprise. Veuillez joindre une annexe si l'espace n'est pas suffisant.																		
Adresse																		
Ville ou municipalité						Province			Code postal									
Votre entreprise est-elle constituée en corporation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, précisez la date de la constitution en corporation		A	M	J	Si votre entreprise fait des affaires de manière saisonnière, cochez les cases des mois d'ouverture											
							J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Votre entreprise comprend-elle le type d'opérations suivantes?		<input type="checkbox"/> Pompes		<input type="checkbox"/> Serrure à clé ou à carte		<input type="checkbox"/> Détaillant de tabac		<input type="checkbox"/> Fabricant de tabac		DATE DE DÉBUT DES ACTIVITÉS		A		M		J		
		<input type="checkbox"/> Installations de stockage en vrac		<input type="checkbox"/> Distributeurs automatiques de tabac		<input type="checkbox"/> Grossiste de tabac												
Veuillez dresser la liste de tous vos fournisseurs d'essence, de carburant et de tabac. Veuillez joindre une annexe si l'espace n'est pas suffisant.																		
Nom du fournisseur				Adresse du fournisseur				Type de produit										
Contact avec le contribuable – Veuillez donner le nom et le numéro de téléphone de la personne avec laquelle communiquer si des renseignements supplémentaires étaient nécessaires.																		
Nom (en lettres moulées) :						Téléphone												
Courriel						Télécopieur												

## Attestation

J'atteste par la présente que les renseignements fournis dans ce questionnaire sont à ma connaissance exacts.

Signature autorisée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Note** : Veuillez immédiatement informer notre bureau si les renseignements ci-dessus venaient à changer.