



MUNICIPALITE HAVRE-SAINT-PIERRE  
1235, RUE DE LA DIGUE, RC.1  
HAVRE-SAINT-PIERRE, QUE Téléphone:(418) 538-2717  
G0G 1P0 Télécopieur:(418) 538-3439

***Demande de permis***

Demande débutée le:	<input type="text"/>	Demande complétée le:	<input type="text"/>	<b>No demande</b>	<input type="checkbox"/>
Saisie par:	<input type="text"/>				
Type de permis:	<b>VENDEUR ITINERANT (Règl.# 319 - 175.00\$ /semaine)</b>				
Nature:	<input type="text"/>				

**Identification**

Propriétaire	Demandeur
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Adresse: <input type="text"/>
Ville: <input type="text"/>	Ville: <input type="text"/>
Code postal: <input type="text"/>	Code postal: <input type="text"/>
Téléphone: <input type="text"/>	Téléphone: <input type="text"/>

**Emplacement**

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

**Travaux**

Exécutant des travaux	Responsable
Nom: <input type="text"/>	Nom: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Tél.: <input type="text"/>
Ville: <input type="text"/>	
Code postal: <input type="text"/>	
Tél.: <input type="text"/>	Date début des travaux: <input type="text"/>
Télec.: <input type="text"/>	Date prévue fin des travaux: <input type="text"/>
No RBQ: <input type="text"/>	Date fin des travaux: <input type="text"/>
No NEQ: <input type="text"/>	Valeur des travaux: <input type="text"/>

**VENDEUR ITINERANT (Règl.# 319 - 175.00\$ /semaine ou 300\$ au 30jrs)****Organisme ou personne morale**

Organisme:

Adresse:

Ville:

Code postal:

Responsable:  Téléphone:

Date d'incorporation:  Première demande:

No d'incorporation:  Date dernière demande:

**Solliciteurs**

Nom / Adresse	Téléphone	Date de naissance	No d'assurance sociale

**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
PERMIS DE L' OFFICE DE PROTECTION DU CONSOMMATEUR	<input type="checkbox"/>	

**Description des travaux**

**Signature du demandeur**

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

