
Me Marc Jolin
Avocat, B. A., LL. L., M. Fisc.

7380, chemin du Lac, C.P. 2657, North Hatley (Québec) J0B 2C0
Tél. : (819) 842-2481 • Sans frais : (800) 891-5429 • Téléc. : (819) 842-2131
Courriel : mejolin@juritech.qc.ca • Site Internet : www.juritech.qc.ca

RELATIFS À LA CONSTITUTION D'UNE COMPAGNIE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Notre dossier :
Personne ressource : Courriel :
N^o téléphone : (bur.) (rés./cell.) N^o télécopieur :

DÉNOMINATION SOCIALE

Par ordre de préférence, indiquez les dénominations sociales de la compagnie projetée et, le cas échéant, leur version anglaise ou française :

1.
2.
3.
4.

Le cas échéant, donnez le nom et l'adresse de la personne (physique ou morale) dont le consentement à l'utilisation de la dénomination sociale est requis :

.....
.....

La compagnie est-elle constituée d'abord sous un numéro matricule ? OUI NON

Décrivez la nature de l'entreprise de la compagnie projetée :

.....
.....

SIÈGE SOCIAL

Adresse du siège social :
.....
.....

Code postal : District judiciaire :

Jurisdiction : Fédérale Partie IA (Québec)

FONDATEUR(S) (Utilisez une annexe si nécessaire)

1. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Occupation : Fonction au C.A. :

2. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Occupation : Fonction au C.A. :

3. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Occupation : Fonction au C.A. :

Nombre de salariés, au Québec, lors de la constitution :

Autres noms utilisés au Québec :

Nombre d'administrateurs : variant de à

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION (C.A.)

Même(s) que fondateur(s)

Ou

1. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Occupation : Fonction au C.A. :

2. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Occupation : Fonction au C.A. :

3. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Occupation : Fonction au C.A. :

RESTRICTIONS SUR LE TRANSFERT D' ACTIONS

N/A

Résolutions des administrateurs

Offre aux autres actionnaires

ACTIONNAIRES

SI PERSONNE MORALE :

1. Nom :

Adresse du siège social :

Code postal : Date de constitution

Représentant :

Nom : Fonction :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

2. Nom :

Adresse du siège social :

Code postal : Date de constitution

Représentant :

Nom : Fonction :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

SI FIDUCIE :

Nom :

Nom du notaire instrumentant :

Date de signature de l'acte : Numéro de minutes :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

Premier fiduciaire :

Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

Deuxième fiduciaire :

Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

Troisième fiduciaire :

Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

SI PARTICULIER :

1. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

.....

.....

2. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

.....

.....

3. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

.....

.....

4. Prénom(s) : Nom :

Adresse :

Code postal : District judiciaire :

Occupation :

Nombre et catégorie d'actions : Montant souscrit ou contrepartie. :

.....

.....

LIMITES À L'ACTIVITÉ

N/A ou
.....

AUTRES DISPOSITIONS

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Pouvoir d'emprunt | <input type="radio"/> Assemblée annuelle hors du Québec |
| <input type="radio"/> Société fermée | <input type="radio"/> Élection d'administrateurs hors du Québec |
| <input type="radio"/> Pas de destitution | <input type="radio"/> Rémunération des administrateurs par règlement |
| <input type="radio"/> Présence non physique aux assemblées | <input type="radio"/> Ratifié au des voix |
| <input type="radio"/> Détention d'actions pour administrateurs | |
| <input type="radio"/> Autres : | |
| | |

SCEAU DÉSIRÉ

OUI NON

VÉRIFICATEUR OU EXPERT-COMPTABLE

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Vérificateur | <input type="radio"/> Expert-comptable |
| 1. Prénom(s) : | Nom : |
| Adresse : | |
| | |
| Téléphone : | Courriel : |
| Fin de l'exercice financier : | |

INSTITUTION FINANCIÈRE

1. Nom :
Adresse :
.....

ACTIVITÉS

1^{er} champ d'activités:
.....
2^e champ d'activités : :
.....