



## MUNICIPALITÉ DE DÉLÉAGE

### FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN CERTIFICAT D'AUTORISATION DE COLPORTEUR OU VENDEUR ITINÉRANT

#### **1. REQUÉRANT :**

Nom : Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse du domicile: \_\_\_\_\_

**\***  
Pièce d'identité exigée

#### **2. COMPAGNIE OU RAISON SOCIALE:**

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) - \_\_\_\_\_

**\***  
Copie du permis délivré par l'Office de la protection du consommateur exigé

**\***  
Copie de tout permis exigé en vertu de toute autre loi applicable

#### **3. TYPE DE VENTE:**

Produits : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **4. PÉRIODE DE VENTE :**

**(maximum 15 jours consécutifs)**

**Du :** \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ (an)    **au :** \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_  
(an)

Signé en date du: \_\_\_\_\_

Signature du requérant \_\_\_\_\_