



Bureau du contrôleur des armes à feu du Québec

1701, rue Parthenais, local 10.07
Montréal (Québec) H2K 3S7

N° de permis d'armes à feu pour entreprises : _____

Ajout ou retrait d'employés	
Dénomination sociale :	
Nom usuel :	
Information sur le représentant de l'entreprise :	
Nom de famille	Prénom
N° de téléphone (jour)	Poste
Information sur les employés :	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Date de naissance	N° de permis d'armes à feu (PPA)
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Maniement d'armes à feu <input type="checkbox"/> Transport d'armes à feu <input type="checkbox"/> Maniement armes, dispositifs et munitions prohibés	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Date de naissance	N° de permis d'armes à feu (PPA)
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Maniement d'armes à feu <input type="checkbox"/> Transport d'armes à feu <input type="checkbox"/> Maniement armes, dispositifs et munitions prohibés	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Date de naissance	N° de permis d'armes à feu (PPA)
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Maniement d'armes à feu <input type="checkbox"/> Transport d'armes à feu <input type="checkbox"/> Maniement armes, dispositifs et munitions prohibés	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Date de naissance	N° de permis d'armes à feu (PPA)
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Maniement d'armes à feu <input type="checkbox"/> Transport d'armes à feu <input type="checkbox"/> Maniement armes, dispositifs et munitions prohibés	
<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom
Date de naissance	N° de permis d'armes à feu (PPA)
Cochez la ou les cases appropriées <input type="checkbox"/> Maniement d'armes à feu <input type="checkbox"/> Transport d'armes à feu <input type="checkbox"/> Maniement armes, dispositifs et munitions prohibés	
<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous avez joint une ou des feuilles supplémentaires énumérant d'autres employés	

Le formulaire rempli doit être transmis au Bureau du contrôleur des armes à feu du Québec par la poste, par télécopieur ou par courriel. Toutes les coordonnées se trouvent dans l'en-tête et le pied de page du présent formulaire.

Signature du représentant : _____ **Date :** _____