

AVIS AU MINISTRE – POINTS DE VENTE DE CIGARETTES ÉLECTRONIQUES
Déclaration d'ouverture, de fermeture, de changement de nom ou d'adresse
(Article 20.3.2 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, c. L-6.2))

Veillez remplir le formulaire en lettres moulées.

<p>1 – Renseignements sur le point de vente</p> <p>Nom du point de vente _____</p> <p>Adresse _____ _____ _____</p> <p>Téléphone _____</p> <p>Courriel _____</p> <p>Nom de l'exploitant _____</p>	<p>2 – Adresse de correspondance</p> <p>Veillez inscrire l'adresse de correspondance seulement si elle est différente de celle du point de vente.</p> <p>Nom _____</p> <p>Adresse _____ _____ _____</p> <p>Téléphone _____</p>
<p>3 – Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)</p> <p>Le NEQ est le numéro que vous a donné le Registraire des entreprises à la suite de votre déclaration d'immatriculation.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Numéro</p>	<p>4 - Événement</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Date d'ouverture</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Date de changement de nom</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Date de changement d'adresse</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Date de fermeture du point de vente</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Date de transformation en point de vente non spécialisé</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Année-mois-jour</p>

5 – Attestation, déclaration et signature

Je soussigné ou soussignée, _____

Prénom et nom de la personne autorisée, en lettres moulées

domicilié ou domiciliée au _____

N°, rue, appartement ou bureau, ville ou municipalité, province, code postal et pays

atteste que je suis la personne autorisée à signer la présente déclaration et que les renseignements déclarés sont exacts.

Si la case 1, 2, ou 3 de la section 4 est cochée, je déclare :

- que les produits vendus au point de vente sont exclusivement des cigarettes électroniques ou d'autres dispositifs de même nature ainsi que leurs composantes et accessoires;
- que les produits ou les emballages étalés ne sont vus que de l'intérieur du point de vente;
- qu'aucune autre activité ne se déroule au point de vente.

En foi de quoi, je signe :

Signature

Date (année-mois-jour)

Ce formulaire doit être transmis par courrier, télécopieur ou par courriel, à l'adresse suivante :

**Direction des enquêtes,
des évaluations et des inspections**
 Santé Québec
 3000, avenue Saint-Jean-Baptiste, 2^e étage, local 200
 Québec (Québec) G2E 6J5
 Courriel : loi-tabac@msss.gouv.qc.ca

Notez que cet avis doit être transmis dans les 30 jours suivant la réalisation d'une des conditions prévues à la section 4. À défaut, une amende de 1 000 \$ à 25 000 \$ est prévue à l'article 49.4 de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme (RLRQ, c. L-6.2).