

<input checked="" type="radio"/> Nouvelle demande	Année	Région	N° de référence	N° de permis
<input type="radio"/> Renouvellement	2026			
<input type="radio"/> Modification				

Identification du requérant				En cas de correction, utiliser cet espace			
Nom (dénomination sociale ou nom de la personne physique)				Nom (dénomination sociale ou nom de la personne physique)			
Si le requérant est une personne physique	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe		Si le requérant est une personne physique	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe	
Adresse (n°, rue)				Adresse (n°, rue)			
Municipalité		Province	Code postal	Municipalité		Province	Code postal
N° de téléphone		N° de télécopieur		N° de téléphone		N° de télécopieur	
N° de cellulaire		Autre n° de téléphone		N° de cellulaire		Autre n° de téléphone	
Adresse de courriel				Adresse de courriel			
Adresse Internet si applicable				Adresse Internet si applicable			
Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)				Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)			

Identification du directeur des services funéraires			
Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
N° de téléphone	N° de cellulaire	Adresse de courriel	
Adresse de correspondance (n°, rue) (si différente de celle du requérant)		Municipalité	Province Code postal
En cas de correction, utiliser cet espace			
Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
N° de téléphone	N° de cellulaire	Adresse de courriel	
Adresse de correspondance (n°, rue) (si différente de celle du requérant)		Municipalité	Province Code postal

Contrat d'assurance de responsabilité civile	
Nom de la compagnie d'assurances : _____	Numéro de la police : _____
Date de la période de validité : _____	
Le requérant doit joindre à sa demande une preuve attestant la détention d'un contrat d'assurance.	

Identification d'un local aménagé pour accueillir et informer la clientèle en toute confidentialité			
Adresse du local (n°, rue)		Municipalité	Province Code postal

Installations et services funéraires – Déclaration des locaux et des équipements servant à la conservation de cadavres et des columbariums exploités par l’entreprise de services funéraires

Adresse des installations (n°, rue, municipalité, code postal)	Services par installation				Conservation		Columbarium	
	Local de thanatopraxie	Salle d'exposition	Crématorium	Appareil	Espace réfrigéré	Place disponible		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
Total des services					N/A	N/A	N/A	N/A

Coût du permis					
Coût du permis par service		Total des services des installations	=	Coût total du permis	Le chèque ou mandat-poste doit être libellé à l'ordre de Santé Québec
630 \$	x			\$	

Entente de services

Le requérant utilisera les services d'une autre entreprise de services funéraires pour effectuer le transport, la crémation, la thanatopraxie ou l'exposition de cadavres? OUI NON

Si oui, inscrire dans la case appropriée ci-dessous, le nom de l'entreprise de services funéraires qui effectuera le service et le numéro de permis de celle-ci.

Pour le transport de cadavres

	Nom de l'entreprise qui offrira le service	N° de permis
1.		
2.		
3.		

Pour la crémation de cadavres

	Nom de l'entreprise qui offrira le service	N° de permis
1.		
2.		
3.		

Pour la thanatopraxie

	Nom de l'entreprise qui offrira le service	N° de permis
1.		
2.		
3.		

Pour l'exposition de cadavres

	Nom de l'entreprise qui offrira le service	N° de permis
1.		
2.		
3.		

