

FORMULAIRE D'AVIS RELATIF À UN POINT DE DÉPÔT

Nom du point de dépôt		N° de téléphone	
Adresse	Personne-ressource		
	Courriel		

Veillez remplir les renseignements ci-dessous, selon le changement à apporter.
Remarque : veuillez utiliser des feuilles supplémentaires au besoin si vous manquez d'espace.

CHANGEMENT DE NOM DU POINT DE DÉPÔT

Nom précédent du point de dépôt:	
Nouveau nom du point de dépôt:	
S'agit-il d'un changement de nom légal ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date d'entrée en vigueur du changement de nom :	
<i>Veillez noter qu'un changement de nom légal exige la conclusion d'une nouvelle entente.</i>	

CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE DU POINT DE DÉPÔT

Propriétaire précédent du point de dépôt:	
Nouveau nom du point de dépôt:	
Nom du nouveau propriétaire :	
Courriel du nouveau propriétaire :	N° de téléphone du nouveau propriétaire :
Date d'entrée en vigueur du changement de propriétaire :	
<i>Veillez noter qu'un changement de propriétaire exige la conclusion d'une nouvelle entente.</i>	

CHANGEMENT D'EMPLACEMENT DU POINT DE DÉPÔT

Emplacement précédent du point de dépôt:	
Raison du changement d'emplacement (veuillez préciser) :	
Nouvel emplacement du point de dépôt (cette information est importante, car l'AGRP doit aviser le ministère de l'Environnement):	
Numéro de téléphone :	Nom de la personne-ressource :
Date d'entrée en vigueur du changement d'emplacement :	

FERMETURE DU POINT DE DÉPÔT

Raison de la fermeture :	NOTES:
<input type="checkbox"/> Raison financière	
<input type="checkbox"/> Manque de ressources	
<input type="checkbox"/> Vente de l'entreprise	

Manque de temps

Autre :

QUESTIONS RELATIVES AU CHANGEMENT

Quels commentaires avez-vous au sujet du ou des programmes de l'AGRP ?

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le ou les programmes à l'avenir ?

Participeriez-vous de nouveau au ou aux programmes de l'AGRP?

OUI

NON

Autres commentaires :

En signant le présent formulaire, j'atteste qu'aucun déversement non déclaré n'est survenu à ce point de dépôt:

Signature

Nom en caractères d'imprimerie

Date

Veuillez envoyer ce formulaire par télécopieur au **1-604-592-2982** ou le transmettre par courriel à l'adresse de votre province ci-dessous.

PEI peiops@productcare.org

NB nbospaint@productcare.org

SK skospaint@productcare.org

NS nsospaint@productcare.org

NL nlospaint@productcare.org

BC bcospaint@productcare.org

MB mbospaint@productcare.org