Santé Canada Health Canada

Protégé B une fois complété
Mars 2023

Formulaire d'avis de cessation des activités relatives au cannabis

Tous les champs obligatoires sont indiqués par un astérisque (*).

Le présent formulaire doit être utilisé pour aviser Santé Canada de l'intention d'un titulaire de licence de cesser toutes les activités autorisées à l'égard du cannabis autorisées par une licence. Comme l'exige le *Règlement sur le cannabis*, l'avis est requis 30 jours civils avant la cessation des activités. Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à licensing-cannabis-licences@hc-sc.gc.ca. La ligne d'objet du courriel et le nom du fichier doivent indiquer « **Avis de cessation des activités liées au cannabis et numéro de licence** ».

Section 1 : Renseignements administratifs	
Type de soumission :* ◯ Nouvel avis de cessation des activités ◯ Mise à jour de renseignements déjà présentés relatifs à la cessation des activités Pour mettre à jour les renseignements déjà soumis, veuillez indiquer les mises à jour dans la section appropriée du présent formulaire.	
Demander la révocation de la licence?* ◯ Oui ◯ Non	
Nom du titulaire de licence :*	Numéro de licence :*
Section 2 : Renseignements exigés	
Date prévue de cessation des activités :*	
Responsable principal :*	
Décrivez les mesures qui seront prises pour disposer de tout cannabis qui reste sur le lieu :*	
Quantité totale de tout cannabis qui reste sur le lieu à la date de cessation :*	

Canada

Le cannabis restant sur le lieu sera-t-il vendu ou distribué, en tout ou partie?*

◯ Oui ◯ Non

Si oui :

Nom et adresse de la personne à qui il sera vendu ou distribué :

Quantité à vendre ou à distribuer :

Y aura-t-il du cannabis à détruire en tout ou en partie?*

◯ Oui ◯ Non

Si oui :

Date à laquelle la destruction aura lieu :

Endroit où la destruction aura lieu :

Quantité à détruire :

Adresse de l'endroit où les dossiers, les rapports, les données électroniques et autres documents que le titulaire de licence est tenu de conserver en vertu de la *Loi sur le cannabis* seront conservés après la cessation des activités. Si vous ne demandez pas la révocation de votre licence, vos dossiers, rapports, données électroniques et autres documents doivent être disponibles sur votre lieu sous licence :*

Personne auprès de qui Santé Canada peut obtenir de plus amples renseignements après la cessation des activités

Nom :*

Adresse :*

Numéro de téléphone :*

Numéro de télécopieur, s'il y a lieu :

Adresse courriel :*

Canada

Section 3 : Attestation du personne responsable
J’atteste par la présente que tous les renseignements fournis à l’appui de la demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.
Nom du responsable principal :*
Signature du responsable principal :*
Date :*

Canada