



Government
Gouvernement

Renewal Fees: \$50.00

Droits de renouvellement : 50 \$

PROFESSIONAL CORPORATION RENEWAL

DENTAL PROFESSION ACT

DEMANDE DE RENOUELEMENT D'UNE

LICENCE D'EXERCICE À TITRE DE SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE

LOI SUR LA PROFESSION DENTAIRE

1. Corporation name:

Raison sociale :

In order to maintain your licensing status with our office, the corporation must be in good standing with Corporate Affairs.

Pour que votre société conserve son statut de société professionnelle, vous devez être en règle avec Entreprises, associations et coopératives.

2. Business address:

Adresse commerciale :

3. Phone number:

Numéro de téléphone :

Your completed application and fees are due and payable on or before **December 31**. Please forward your application and fees to:

Les demandes accompagnées des droits doivent parvenir au plus tard le **31 décembre** pour que la licence soit renouvelée aux :

Consumer Services, C-5
Box 2703
Whitehorse, Yukon Y1A 2C6

or

Consumer Services, C-5
2130 Second Avenue
Whitehorse, Yukon Y1A 5H6

Services aux consommateurs, C-5
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

ou

Services aux consommateurs, C-5
2130, 2^e Avenue
Whitehorse (Yukon) Y1A 5H6

Please make your cheque payable to Government of Yukon, or,

Veillez libeller votre chèque à l'ordre du « Gouvernement du Yukon » ou fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Visa	Expiry	Signature
Visa _____	Expiration _____	Signature _____
	mm/yy mm/aa	
Mastercard	Expiry	Signature
Mastercard _____	Expiration _____	Signature _____
	mm/yy mm/aa	

Please contact Consumer Services at 867-667-5111 or fax 867-667-3609 or e-mail consumer@gov.yk.ca for inquiries.

Si vous avez des questions, communiquez avec les Services aux consommateurs par téléphone au 867-667-5111, par télécopieur au 867-667-3609 ou par courriel à consumer@gov.yk.ca.

AGREEMENT OF APPLICANT
DÉCLARATION DU DEMANDEUR

The undersigned hereby certify that the foregoing information is true and correct to the best of my knowledge. I hereby undertake to notify the Government of Yukon in writing of any change.

Je soussigné certifie par les présentes que les renseignements fournis ci-dessus sont à ma connaissance véridiques et exacts. Il est entendu que si des changements doivent être apportés, j'aviserais le gouvernement du Yukon par écrit sans tarder.

Dated at _____, this _____ day of _____, 20 ____ .
Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20 ____ .

Signature of Applicant
Signature du demandeur

Personal information contained on this form is collected under the Dental Profession Act and will be used for the purpose of administering the Act. For further information, contact the Manager of Consumer Services at (867) 667-5111, toll free within Yukon 1-800-661-0408, ext. 5111.

Les renseignements personnels demandés dans les présentes sont recueillis en vertu de la Loi sur la profession dentaire et serviront exclusivement à l'administration de la Loi. On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet en communiquant avec le responsable des Services aux consommateurs au 867-667-5111 ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 5111.